



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

Reconhecer e avaliar a dor crónica em pessoas idosas  
institucionalizadas: perspetivas de cuidadores/as formais em  
Portugal

Sílvia Teodora Antunes Ramos da Purificação

Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:

Doutora Marta Osório de Matos, Investigadora Integrada do Centro  
de Investigação e Intervenção Social do ISCTE-IUL

Coorientadora:

Doutora Sónia Gomes da Costa Figueira Bernardes, Professora  
Associada com Agregação do ISCTE-IUL

Outubro, 2022



Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Reconhecer e avaliar a dor crónica em pessoas idosas  
institucionalizadas: perspetivas de cuidadores/as formais em  
Portugal

Sílvia Teodora Antunes Ramos da Purificação

Mestrado em Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:

Doutora Marta Osório de Matos, Investigadora Integrada do Centro  
de Investigação e Intervenção Social do ISCTE-IUL

Coorientadora:

Doutora Sónia Gomes da Costa Figueira Bernardes, Professora  
Associada com Agregação do ISCTE-IUL

Outubro, 2022



## **Agradecimentos**

Agradeço especialmente à Professora Dra. Marta Matos, por todo o incentivo e apoio que me deu e que foi excepcional.

Agradeço bastante à Professora Dra. Sónia Bernardes por toda a sua disponibilidade e contributo neste estudo.

Um agradecimento especial a todos/as os/as pessoas que participaram nas entrevistas, muito obrigada pela vossa ajuda e colaboração, que foi essencial para este estudo. Outro agradecimento especial a todas as pessoas que me ajudaram neste estudo, divulgando-o e/ou indicando contatos para possíveis participantes, muito obrigada pela vossa generosidade.

Um agradecimento aos meus pais, a toda a minha família, ao Ruben, à Isabel, à Mariana, à Cátia, à Daniela e à Diana. Outro agradecimento a todas as pessoas que estiveram presentes na minha vida, e que a enriqueceram e contribuíram para que este objetivo fosse alcançado.



## Resumo

A experiência de dor crónica (DC) é multidimensional, complexa e subjetiva. Além disso, frequentemente não é identificada nem tratada devidamente em pessoas idosas institucionalizadas. Este estudo pretende explorar as experiências reconhecimento e avaliação da dor por parte de cuidadores formais de pessoas idosas com DC. Especificamente, pretende-se identificar barreiras e facilitadores ao reconhecimento e à avaliação da DC neste contexto. Para tal, realizaram-se sete *grupos focais*, em formato *online*, a 37 participantes (75,6% mulheres) entre os 25 e os 56 de idade ( $M=37.27$ ;  $DP=8.12$ ), de diferentes categorias profissionais - ajudantes de ação direta, fisioterapeutas, enfermeiros/as, psicólogos/as, técnicos/as de serviço social e diretores/as de estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI). Os dados foram analisados através de análise temática, com o software *NVivo*. Os resultados foram distribuídos por dois temas, de acordo com os objetivos do presente estudo: 1) Estratégias e facilitadores ao reconhecimento e avaliação da DC; 2) Barreiras ao reconhecimento e avaliação da DC. Discute-se os resultados à luz da relação entre as interações sociais entre cuidador/a e residente e os processos de reconhecimento/avaliação da DC. Ainda, sistematizam-se barreiras e facilitadores identificados ao nível do/a residente, cuidador/a e da organização. Este é um estudo pioneiro em Portugal que representa um contributo para a melhoria da prestação de cuidados a pessoas idosas institucionalizadas com DC.

**Palavras-Chave:** dor crónica, reconhecimento da dor, avaliação da dor, pessoas idosas, suporte social formal.

### **Categorias e Códigos de Classificação segundo a APA:**

3300 Saúde e Saúde Mental Tratamento e Prevenção

3377 Estruturas residenciais e Cuidados Residenciais

2900 Processos Sociais e Questões Sociais

2910 Estrutura e Organização Social



## **Abstract**

Chronic pain (CP) is multidimensional, complex, and subjective experience. In addition, often it is not properly identified or treated in older adults in long-term care. This study aims to explore the experiences of formal caregivers of recognizing and evaluating CP in older adults. Specifically, we intend to identify barriers and facilitators to the recognition and assessment of CP. To this end, seven focus groups were carried out, in an online format, with 37 participants (75.6% women) between the ages of 25 and 56 ( $M=37.27$ ;  $SD=8.12$ ), from different professional groups - personal care assistants, physiotherapists, nurses, psychologists, social workers and managers of long-term care facilities. The data obtained were analyzed through thematic analysis, with the NVivo software. The results were divided into two themes, according to the objectives of the present study: 1) Strategies and facilitators for the recognition and evaluation of CP; 2) Barriers to CP recognition and assessment. The results are discussed considering the link between caregiver-resident interactions and the processes of recognition/assessment of CP. Also, barriers and facilitators are identified at the level of the resident, caregiver and the organization are systematized. This is a pioneering study in Portugal that represents a contribution to the improvement of care delivery to older adults suffering from CP in long-term care facilities.

**Key words:** chronic pain, pain recognition, pain assessment, older adults, formal social support.

### **APA Classification Categories and Codes:**

3300 Health & Mental Health Treatment & Prevention

3377 Nursing Homes & Residential Care

2900 Social Processes & Social Issues

2910 Social Structure & Organization

## Índice

Introdução.....	11
Capítulo I - Enquadramento teórico .....	14
1.1. Dor crónica: conceptualização e impactos .....	14
1.2. Reconhecimento e avaliação da dor crónica em pessoas idosas em ERPI.....	15
1.3. O Papel e os contributos da Psicologia da Dor.....	18
1.3.1. Relações sociais e dor crónica: o papel dos outros nas experiências de dor .....	19
1.3.1.1. O Modelo Operante .....	20
1.3.1.2. O Modelo de Comunicação Social da Dor e da Empatia .....	20
1.4.1.3. O Modelo de Processo de Intimidade.....	22
1.5. O presente estudo.....	22
Capítulo II - Método .....	24
2.1. Participantes e design.....	24
2.2. Recolha de dados .....	25
2.3. Análise de Dados.....	26
2.4. Critérios de Qualidade .....	28
Capítulo III – Resultados.....	31
3.1. Tema 1: Estratégias e facilitadores ao reconhecimento e avaliação da dor .....	31
3.1.1. <i>Por diversos sinais e sintomas notamos que aquela pessoa está com dor</i> .....	31
3.1.2. <i>Conhecer o/a utente para (re)conhecer a sua dor</i> .....	33
3.1.3. <i>As escalas de avaliação são uma bengala pouco usada e que fica para segundo plano</i> .....	35
3.1.4. <i>Continuidade no cuidado: a importância das relações inter e intra profissionais</i> .....	36
3.1.5. <i>O hábito faz o monge: a experiência profissional como mais-valia no reconhecimento e a avaliação da DC</i> .....	38
3.2. Tema 2: Barreiras e dificuldades no reconhecimento e a avaliação da dor crónica .....	39
3.2.1. <i>A indiferença que não é indiferença</i> .....	39
3.2.2. <i>Dor física e dor psicológica, uma é real e outra quem sabe...?</i> .....	40
3.2.3. <i>A dor que não fala</i> .....	42
3.2.4. <i>Quando o/a utente suporta a dor sem se queixar</i> .....	43
3.2.5. <i>O tempo é escasso para avaliar a pessoa e para discutir em equipa, “seria preciso mais pessoal”</i> .....	44
Capítulo IV – Discussão.....	46

<b>4.1. Estratégias e facilitadores para reconhecer e avaliar a dor em pessoas idosas institucionalizadas</b> .....	46
<b>4.1.1. Estratégias e facilitadores identificados ao nível do/a profissional</b> .....	46
<b>4.1.2. Estratégias e facilitadores identificados ao nível do/a residente</b> .....	48
<b>4.1.3. Estratégias e facilitadores identificados a nível organizacional</b> .....	49
<b>4.2. Barreiras para reconhecer e avaliar a dor crónica</b> .....	50
<b>4.2.1. Barreiras identificadas ao nível do/a profissional</b> .....	50
<b>4.2.2. Barreiras identificadas ao nível do/a residente</b> .....	54
<b>4.2.3. Barreiras identificadas a nível organizacional</b> .....	55
<b>4.3. Sumário dos diferentes níveis das estratégias, facilitadores e barreiras</b> .....	56
<b>4.4. Limitações e direções futuras</b> .....	57
<b>4.5. Implicações teóricas e práticas</b> .....	59
<b>4.6. Conclusão</b> .....	60
<b>Referencias</b> .....	62
<b>Anexos</b> .....	69
<b>A) Consentimento informado</b> .....	69
<b>B) Guião da entrevista</b> .....	69
<b>C) Tabela de resultados</b> .....	71

## **Índice de Tabelas**

Tabela 2.5. Participantes classificados por código de participante, género, idade e profissão

Tabela 4.3.1. Síntese de temas e subtemas por nível

## **Glossário de siglas**

**AGS**- *American Geriatric Society*

**APED**- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

**DGS**- Direção-geral de saúde

**ERPI**- Estrutura residencial para pessoas idosas

**ENEAS**- Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

**IASP**- *International Association for the Study of Pain*

**MSSS**- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social

**OCDE**- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OMS**- Organização Mundial da Saúde

**OPP**- Ordem dos Psicólogos Portugueses



## Introdução

O aumento da esperança média de vida representa um dos maiores triunfos e um dos maiores desafios da humanidade (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2002). O consequente impacto económico que resulta deste acontecimento, torna imprescindível a implementação de políticas preventivas de doença física e mental, que facilitem o diagnóstico e a intervenção atempada nas mesmas (Sousa, 2018). Neste sentido, em Portugal foi elaborada a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) (Direção-geral de saúde [DGS], 2017), que consiste num plano nacional que abrange um conjunto de medidas com o objetivo de promover a atividade física, a alimentação saudável, a proteção, segurança e a participação social da pessoa idosa na sociedade, sendo garantida a monitorização, assistência e a formação por parte dos/as profissionais de saúde (Nunes, 2017; OMS, 2002). No entanto, devido a alterações sociodemográficas (e.g., aumento da taxa de divórcio, diminuição do número de filhos) há um desequilíbrio entre a capacidade de apoio por parte das famílias no caso de perda de independência física e/ou cognitiva. Neste contexto, a prestação de cuidados formais em estruturas residenciais para pessoas idosas (pessoas com mais de 65 anos) está em franca expansão, enquanto componente crescente na prestação de cuidados de saúde a esta população. ERPI consiste num estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem (Ministério da Solidariedade e da Segurança Social [MSSS], 2012). São objetivos da estrutura residencial: *a)* Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; *b)* Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; *c)* Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; *d)* Potenciar a integração social. Dados internacionais revelam que cerca de 80% das pessoas idosas em

ERPI sofrem de dor crónica, com impactos no seu funcionamento físico, emocional e social (Apinis et al., 2014; Dewar, 2006; Higinis, Madjar & Walton, 2004; Knopp-Sihota, Dirk & Rachor, 2019). Apesar da DC ser uma condição de saúde comum entre as pessoas idosas residentes ERPI, devido à complexidade desta patologia, frequentemente a mesma não é identificada, nem devidamente tratada nesta população-alvo (Apinis, et al., 2014; Crofford, 2015; Dewar, 2006; Gagliese & Melzack, 1997; Knopp-Sihota, & Rachor, 2019; Roy, Michael & Thomas, 1986; Sengstaken & King, 1993; Weiner, Peterson & Keefe, 1999). Ainda, a DC é frequentemente considerada como parte do envelhecimento e da morbilidade, sendo este mais um fator que contribui para que esta não seja reconhecida nem avaliada devidamente em contexto de ERPI (Hadjistavropoulos et al., 2007; Pringle et al., 2021). Globalmente, o processo de identificação e de avaliação da dor são fundamentais para garantir a implementação de intervenções e tratamentos eficazes (Lukas et al., 2013). Pelo contrário, o subtratamento da dor compromete as atividades sociais e a condição física, reduzindo a qualidade de vida dos/as pessoas com DC (Corbett et al., 2012).

Tendo em conta os aspetos anteriormente referidos, torna-se relevante explorar a complexidade do reconhecimento e da avaliação da DC nos/as residentes de ERPI. Mais especificamente, importa identificar os fatores que podem influenciar o reconhecimento e a avaliação da DC por parte dos/as cuidadores/as formais em ERPI. Tal poderá representar um contributo importante para a mitigação do impacto que a DC representa para a saúde e qualidade de vida das pessoas idosas.

Neste sentido, o presente estudo pretende explorar as experiências de prestação de cuidados a pessoas idosas com DC. Mais especificamente, o presente estudo visa identificar quais são as principais barreiras e/ou dificuldades, estratégias e facilitadores existentes para o reconhecimento e avaliação da DC, por parte de diferentes grupos de

profissionais de ERPI, tais como, fisioterapeutas, enfermeiros/as, ajudantes de ação direta, psicólogos/as , técnicos/as de serviço social e diretores/as técnicos.

## **Capítulo I - Enquadramento teórico**

### **1.1. Dor crónica: conceptualização e impactos**

A dor define-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou potenciais nos tecidos, envolvendo várias dimensões: biológicas, psicológicas e sociais (International Association for the Study of Pain [IASP], 2022; Raja et al., 2020). A perceção que os indivíduos têm acerca da sua própria dor é constituída por várias vertentes, a sensorial - onde dói e quanto dói, a emocional - quão desagradável é a experiência, e cognitiva - como interpreta a dor com base nas experiências anteriores, e se tal provoca medo e ansiedade, e como responde à ameaça representada pela dor (American Geriatric Society [AGS], 2009; Crofford, 2015). A DC é uma dor recorrente, com duração igual ou superior a três meses, permanecendo de forma persistente ou intermitente nas pessoas com esta patologia (AGS, 2009; Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], 2022; Mills, Nicolson & Smith, 2019). Adicionalmente, a DC tem origem em múltiplos fatores, entre os quais, trauma físico, trauma emocional, abuso sexual, abuso físico, outras doenças existentes, estilos de vida, informação genética e/ou após a realização de uma cirurgia (Burns, 2010). Os impactos da DC são graves, manifestam-se ao nível do bem-estar, da saúde física e mental, do funcionamento psicossocial e da vitalidade, e por isso, são uma ameaça a um processo de envelhecimento saudável (Crofford, 2015; Dewar, 2006; Miaskowski, 2019). Mais especificamente, as consequências da DC são a depressão, ansiedade, diminuição da socialização, dificuldades em andar, quedas, distúrbios do sono, desnutrição, e aumento da utilização e dos custos dos cuidados de saúde (Dewar, 2006; Gordon, 1999; Herr, 2011; Higin et al., 2004). Entre as pessoas com mais idade e com problemas cognitivos, a DC apresenta mais consequências negativas para a saúde, tais como, agitação e agressividade (McAuliffe et al., 2012; Somes & Donatelli, 2013).

Mundialmente existem 1,9 bilhões de pessoas afetadas com DC (Mills, Nicolson & Smith, 2019). Em Portugal, um estudo epidemiológico transversal realizado com 5094 pessoas, entre janeiro de 2007 e março de 2008, concluiu que a prevalência de DC é de 36,7% (Azevedo et al., 2012). Mais recentemente, noutro estudo epidemiológico transversal realizado em Portugal, no período de junho de 2017 a março de 2018, que incluiu 58 centros da Administração Regional de Saúde do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e do Alentejo, com uma amostra representativa de 8445 pessoas, revela que a DC tem uma prevalência de 33,6% (Antunes et al., 2021). A prevalência da DC aumenta ao longo do ciclo de vida e, concretamente, em pessoas idosas que residem em estruturas residenciais pode alcançar uma prevalência de mais de 80% (Apinis et al., 2014; Dewar, 2006; Higin, Madjar & Walton, 2004; Knopp-Sihota, Dirk, & Rachor, 2019).

## **1.2. Reconhecimento e avaliação da dor crónica em pessoas idosas em ERPI**

Sendo a DC uma patologia complexa, para a reconhecer, avaliar e tratar eficazmente, deverão ser considerados todos os aspetos físicos, emocionais, psicológicos e sociais existentes. Globalmente, considera-se que os processos de identificação e de avaliação da dor são fundamentais para garantir intervenções eficazes e melhorar os resultados de dor (Lukas et al., 2013). Contudo, o reconhecimento e avaliação da DC em pessoas idosas apresenta desafios únicos. Por um lado, podem existir causas associadas à pessoa com dor. Particularmente, existem problemas de saúde associados ao envelhecimento, que afetam a capacidade da pessoa idosa em comunicar a dor, por exemplo, devido a condições de défice sensorial, cognitivo e/ou psicomotor (Herr, 2011; Herr & Mobily, 1991). Adicionalmente, existem pessoas idosas que apesar de sentirem dor, não a manifestam ou verbalizam, devido a estoicismo, negação, ou por temerem perder a sua independência, tornando igualmente difícil a avaliação da dor, por exemplo, por parte dos/as cuidadores/as formais (e.g., Ajudantes de ação direta, enfermeiros) (Knopp-Sihota,

Dirk & Rachor, 2019; Sengstaken & King, 1993). Neste sentido, depender do autorrelato ou da queixa, nesta população, torna-se insuficiente e pode não ser aplicável a pessoas cuja condição de saúde não permite que comuniquem verbalmente o seu desconforto. Assim, neste contexto, o papel do/a cuidador/a formal no processo de reconhecimento e avaliação da dor é fundamental. Neste processo, podem ser usadas outras fontes de dados para a avaliação, incluindo a família, comportamentos e indicadores fisiológicos via observação direta, e ferramentas não-verbais de avaliação (DGS, 2010; Gordon, 1999; Herr, 2011).

Numa recente revisão sistemática da literatura realizada por Knopp-Sihota, Dirk & Rachor (2019) sobre avaliação da dor em pessoas idosas a residir numa instituição, que incluiu 31 estudos qualitativos, estes autores identificam vários fatores, que constituem barreiras à avaliação da dor nesta população. Primeiro, ao nível do/a residente (individual), estas barreiras são: a) Atitudes e crenças, tais como suposições de que a dor é uma parte normal do envelhecimento; b) Negação de que a dor está presente; c) Dessensibilização ou resignação à dor; e) Sentir dor sem demonstrar sentimentos ou reclamar (estoicismo); f) Deficiências sensoriais ou cognitivas que afetam a capacidade de comunicar eficazmente a dor de forma normativa ; g) Multimorbidade (e.g., depressão) e sintomas sobrepostos complicam a avaliação; h) Relutância social/cultural/demográfica em relatar a dor, com base nas preferências culturais/ étnicas do avaliador (ou seja, sexo, etnia e idioma de o avaliador é diferente do residente); i) Religião, área geográfica (rural vs. urbana) e pontos de vista culturais afetam a autopercepção da dor de um/a residente. Como facilitadores, ao nível do/a residente, são os comportamentos e atitudes que favorecem a demonstração da sua dor, de forma verbal e não-verbal, aos/as cuidadores/as.

Em segundo, ao nível do prestador de cuidados, as principais barreiras (se ausentes) e facilitadores (se existentes), são: a) Conhecimentos e competências do/a

prestador/a de cuidados; b) Conhecimentos sobre a dor ou formação geriátrica para realizar uma avaliação adequada da dor; c) Familiaridade/treino com ferramentas e escalas de avaliação da dor; d) Possuir um bom conhecimento acerca do/a residente, a fim de fornecer uma avaliação da dor centrada no/a mesmo; e) Usar o toque ou outras técnicas para facilitar a avaliação da dor; f) Ter experiência e confiança para concluir as avaliações da dor; g) Intenção em completar a avaliação. Ainda, existem barreiras ao nível do/a cuidador/a formal, tais como: a) Atitudes e crenças de que a dor é uma parte normal do envelhecimento e ser insensível ou tendencioso na avaliação; b) Medo de medicar em excesso o residente; e) Cultura sociocultural/demográfica, religião e crenças éticas que afetam a visão sobre a dor, quando diminuem a capacidade de legitimar queixas de dor (e.g., quando não validam a queixa de uma pessoa idosa devido à sua idade, por considerarem algo normativo para a mesma idade).

Em terceiro lugar, existem barreiras ao nível organizacional, como por exemplo: a) Políticas do sistema de saúde onde existem políticas/ procedimentos padronizados e rotineiros; b) A documentação necessária e o tipo de relatório (verbal vs. não verbal) afetam a avaliação; c) Poucos recursos devido à falta de oportunidades de formação; d) Ausência de especialistas em dor; e) Financiamento/gestão das organizações insuficiente, com alta rotatividade de pessoal e elevada carga de trabalho, levando a escassez de tempo para avaliar devidamente a dor; f) Ausência de comunicação interpessoal eficaz, colaboração e respeito entre equipas interdisciplinares; g) A falta de envolvimento dos/as cuidadores/as com os familiares dos/as residentes. Pelo contrário, são facilitadores, a nível organizacional, do reconhecimento e avaliação da DC em pessoas idosas, os seguintes aspetos: a) Políticas do sistema de saúde participativas e inovadoras; b) Considerar a informação verbal e não verbal do/a residente; c) Políticas de gestão eficazes; d) Desenvolvimento de formações acerca da DC e/ou contratação de

especialistas em dor; e) Comunicação interpessoal eficaz, que promova a colaboração e respeito entre equipas interdisciplinares; g) Envolvimento dos/as cuidadores/as com os familiares dos/as residentes, que ajuda na avaliação da DC.

Não obstante, a importância da investigação produzida neste contexto, a maioria dos estudos são realizados na perspetiva biomédica e no contexto norte-americano. Este corpo de investigação não tem abordado o fenómeno do reconhecimento e avaliação da DC da perspetiva das relações interpessoais – contributo que pretendemos dar com a presente dissertação. O processo de reconhecer e avaliar a dor é realizado no contexto de uma interação relacionada com a dor entre o/ utente e o/a cuidador/a. Assim, é importante explorar em que medida as interações estabelecidas no âmbito das relações interpessoais existentes entre os/as utentes e os/as cuidadores/as formais podem explicar as diversas barreiras, estratégias e facilitadores ao reconhecimento e avaliação da DC. No sentido de fundamentar este argumento, de seguida faz-se uma revisão sobre o papel da psicologia na conceptualização da experiência de dor, bem como de modelos teóricos que apresentam a interligação entre as relações interpessoais e a experiência de dor.

### **1.3. O Papel e os contributos da Psicologia da Dor**

No sentido em que a DC é uma experiência biopsicossocial, a psicologia enquanto disciplina tem contribuído através de vários estudos e quadros conceptuais. Primeiro, tem constatado que a DC tem um impacto psicológico negativo, originando sentimentos como raiva, desesperança, tristeza e ansiedade (Dersh, Polatin & Gatchel, 2002; Lerman et al., 2015; Oliveira et al., 2019). Ainda, verifica-se que os fatores psicológicos assumem particular relevância nas estratégias utilizadas pela pessoa para lidar com a DC, cujo impacto se reflete ao nível da sua qualidade de vida e no grau de incapacidade na DC (Turk & Okifuji, 2002).

Adicionalmente, a psicologia tem demonstrado que a intervenção médica (via farmacológica ou não farmacológica) frequentemente não resolve completamente a dor, existindo a necessidade de abordagens que promovam a aceitação e a gestão da DC, incluindo na intervenção psicológica (McCracken & Vowles, 2007; Sturgeon, 2014). Neste sentido, importa salientar que a DC representa um desafio significativo para a vida dos indivíduos, envolvendo custos físicos, psicológicos, ocupacionais e financeiros substanciais (Sturgeon, 2014). Assim, a psicoterapia para a DC visa principalmente melhorias no funcionamento físico, emocional, social e ocupacional, em vez de se concentrar na resolução da própria dor (Sturgeon, 2014). Como tal, a autorregulação, a terapia cognitivo-comportamental e as intervenções de aceitação e compromisso, são presentemente as psicoterapias com resultados mais significativos nesta patologia (Kerns, Sellinger & Goodin, 2011).

Depois, existem evidências científicas que indicam que as relações sociais, afetam a saúde mental e a saúde física dos indivíduos, assim como os seus hábitos de saúde e o risco de mortalidade (Umberson & Montez, 2010). Neste sentido, a psicologia tem estabelecido alguns modelos conceptuais de dor, que explicam em que medida as dinâmicas entre a pessoa com os outros impactam a sua experiência de dor, e o impacto das relações humanas na saúde. Em seguida, serão apresentados os modelos conceptuais que contribuem para a conceptualização dos objetivos de investigação deste estudo.

### **1.3.1. Relações sociais e dor crónica: o papel dos outros nas experiências de dor**

Nas últimas décadas foram desenvolvidos vários modelos conceptuais que demonstram como as dinâmicas interpessoais experienciadas pelas pessoas com DC com os outros podem impactar a sua dor. Globalmente, estes modelos teóricos sublinham o papel fundamental dos outros, quando significativos, nos processos de adaptação à DC, nos comportamentos de dor e na regulação emocional (Linton, 2013). Neste sentido, torna-se

relevante abordar alguns dos modelos teóricos existentes, uma vez que permitem conceptualizar as dinâmicas interpessoais entre cuidadores/as formais e pessoas idosas no âmbito do reconhecimento e avaliação da DC.

#### **1.3.1.1. O Modelo Operante**

Este modelo pressupõe que os comportamentos de dor que as pessoas exibem podem ser modificados e mantidos, por via de reforços positivos ou negativos (Fordyce, 1976). As pessoas com DC exibem comportamentos específicos para os outros quando comunicam a existência da dor, que Fordyce (1976) chamou de comportamentos de dor, e que estes podem existir e serem reforçados, independentemente da dor. Com base neste modelo, entende-se por comportamentos de dor todos os seguintes aspetos: queixas verbais de dor das pessoas, sons verbais (e.g., gemidos), gestos e posturas, limitações funcionais, bem como, comportamentos que reduzem a dor (e.g., uso de analgésicos) (Fordyce, 1976). Assim, devido ao contacto frequente dos/as residentes com os/as cuidadores/as formais (e também com familiares e amigos), estes podem ser fontes de reforço positivo/negativo ou punição, o que pode aumentar ou diminuir a presença de comportamentos de dor.

#### **1.3.1.2. O Modelo de Comunicação Social da Dor e da Empatia**

Este modelo visa compreender a comunicação relacionada com a dor, tanto através do autorrelato, como por observação. A dor quando é processada pela primeira vez pela pessoa que a experimenta, é influenciada por fatores contextuais específicos e individuais. Segue-se a expressão da dor aos outros (de forma verbal e/ou não verbal), que conseqüentemente é interpretado pelo/a observador/a (e.g., cuidador/a formal). Por sua vez, o processo de interpretação (i.e., descodificação) é fortemente influenciado pelos enviesamentos do/a observador/a (Hadjistavropoulos et al., 2011), e por vários fatores cognitivos e ambientais (Goubert et al., 2006). Assim, as características da pessoa e do/a observador/a (e.g., cuidador/a formal) podem influenciar as suas capacidades de

comunicação da pessoa com DC (e.g., na expressão da dor pelo/a residente, e no significado atribuído por uma expressão de dor da pessoa pelo/a profissional da ERPI). Assim, consoante a interpretação de potenciais ameaças relacionadas com a DC, o/a cuidador/a formal poderá ou não fornecer apoio emocional ou instrumental. Por este motivo, os modelos de comunicação também estão relacionados com a empatia, na medida em que os outros podem optar por ajudar ou não ajudar, consoante o grau de empatia (Batson & Shaw, 1991). As respostas empáticas promovem resultados positivos na validação emocional, quando, por exemplo, o/a cuidador/a demonstra aceitação e esforço para compreender a angústia emocional do/a residente (i.e., raiva, ansiedade e tristeza) (Cano & Goubert, 2017; Cano & Williams, 2010; Linton et al., 2008). Sempre que há a validação da dor da pessoa, promove a intimidade e proximidade da pessoa com os outros (Cano & Goubert, 2017; Edmond, 2015). Assim, este modelo salienta a bidirecionalidade das relações interpessoais, o que poderá contribuir para compreender como os/as cuidadores/as formais interpretam as comunicações sobre dor.

Ainda, a catastrofização da dor define-se como um padrão de cognições negativas e exageradas orientadas para a dor, que podem incluir sentimentos como ruminação, ampliação e desamparo (Sullivan et al., 2001). A catastrofização, pode ter uma função, utilizada para comunicar a necessidade de mais apoio, provocar empatia e ajuda de outros (Clark et al., 2018). A catastrofização da dor pode ter um impacto nas perceções relativas à gravidade da dor (Sullivan et al., 2004). Assim, quando os/as residentes recebem apoio dos/as profissionais de uma ERPI, como resultado da expressão acerca da catastrofização da sua dor, pode diminuir a dor, através da validação da ideia de que a dor é difícil de lidar por parte do/a cuidador/a, dependendo do grau de empatia existente entre pessoa e cuidador/a, necessária para a validação e compreensão destas comunicações de catastrofização de dor.

### **1.4.1.3. O Modelo de Processo de Intimidade**

O modelo de Processo de Intimidade postula que a intimidade aumenta quando um indivíduo se envolve na partilha emocional e o outro responde a ela de forma validante (Reis & Shaver, 1988; Reis & Franks, 1994). Este modelo tem sido usado para conceptualizar interações entre conjugues e nunca foi usado para conceptualizar relações formais. Este modelo pressupõe que exista um grau de empatia no/a observador/a, mas, no geral, o foco está na aceitação da expressão da dor como real. A intimidade emocional envolve uma perceção de proximidade com o outro, que permite a partilha de sentimentos pessoais, acompanhado de expectativas de compreensão, afirmação e demonstrações de carinho (Sinclair & Dowdy, 2005). Ainda, alguns estudos revelaram que as interações com outros podem suprimir a dor, embora estes efeitos dependam da história da relação, diferenças individuais e expectativas sobre estas interações íntimas, e se estas são destinadas a produzir sentimentos de segurança (Krahé et al., 2013). Assim, o modelo de processo de intimidade poderá explicar alguns aspetos da relação entre o/a residente e o/a cuidador/a, por exemplo, quando um/a cuidador/a formal valida as respostas da pessoa com dor, há um aumento dos níveis de intimidade entre ambos, enquanto o oposto (invalidação) perturba a regulação emocional do/a residente com o/a cuidador/a (Cano & Williams, 2010; Reis & Shaver, 1988).

Em suma, a complexidade existente no reconhecimento e avaliação da DC justifica que a mesma seja considerada à luz dos modelos teóricos que conceptualizam o papel das relações interpessoais nas experiências de dor.

### **1.5. O presente estudo**

O presente estudo pretende contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a pessoas com dor crónica neste contexto. Em contexto de ERPI, todos/as os/as cuidadores/as formais desenvolvem interação e adquirem conhecimento acerca dos/as

residentes, podendo reconhecer mudanças subtis no comportamento que podem indicar dor (Chang et al., 2011; Knopp-Sihota, Dirk & Rachor, 2019). Assim, o processo de reconhecimento e a avaliação da DC deverá envolver toda a equipa que compõe a ERPI (Gregory, 2015), através de uma colaboração multidisciplinar. Como tal, o presente estudo inclui diversas categorias profissionais: Enfermeiros/as, Fisioterapeutas, Psicólogos/as, Ajudantes de Ação direta, Técnicos/as de serviço social e Diretores/as de ERPI.

Esta dissertação pretende conhecer as estratégias facilitadoras e barreiras ao reconhecimento e avaliação da DC de pessoas idosas institucionalizadas, adotando a perspectiva dos/as profissionais. Para tal, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos: a) Identificar as estratégias e facilitadores para reconhecer e avaliar a dor em pessoas idosas institucionalizadas; b) Identificar barreiras para reconhecer e avaliar a dor na população-alvo; c) Identificar os diferentes níveis das estratégias, facilitadores e barreiras; d) Identificar diferenças/semelhanças entre os grupos/as profissionais.

## Capítulo II - Método

Este estudo integra um projeto de investigação a decorrer no Centro de Investigação e Intervenção Social (Cis\_Iscte; #CEECIND/00392/2017) e foi aprovado pela comissão de ética do ISCTE – Instituto universitário de Lisboa (#81/2020).

### 2.1. Participantes e design

Foram convidados a participar no presente estudo diversos/as profissionais - enfermeiros/as, fisioterapeutas, Ajudantes de ação direta, psicólogos/as, técnicos/as de serviço social e diretores/as técnicos de ERPI, através de anúncios divulgados em online em redes sociais (*LinkedIn, Facebook*) e através de contactos por conveniência, desde que reunissem os seguintes critérios de inclusão: (a) experiência em prestação de cuidados a pessoas idosas com dor crónica e (b) em contexto institucional.

No total, foram convidados 44 profissionais, dos quais cinco desistiram e dois não participaram por não reunirem todos os critérios de inclusão. As desistências estiveram relacionadas com situações de incompatibilidade de agenda e/ou imprevistos por parte dos/as profissionais convidados/as. Na totalidade participaram 37 profissionais, com idades entre 25 e 56 anos de idade ( $M=37.27$ ;  $DP=8.12$ ), dos quais nove são homens e 28 são mulheres. Na tabela 2.5 podem ser observadas as características sociodemográficas dos/as participantes.

O presente estudo segue um design qualitativo, com recurso à metodologia de recolha de dados de *grupos focais*, favorável à obtenção de opiniões, atitudes, motivações dos participantes (Flick, 2009). O objetivo dos grupos focais realizados consistiu em fomentar a discussão de diferentes perspetivas por parte dos/as profissionais sobre como identificam e avaliam a DC na população-alvo, com vista à exploração de novas ideias no tema da prestação de cuidados a pessoas idosas com DC. Adicionalmente, o recurso à metodologia dos grupos focais é particularmente útil porque orienta o/a investigador/a na

criação de novos campos de pesquisa, sendo esta característica particularmente relevante para o presente estudo, uma vez que pretende explorar e compreender um novo tópico de investigação (Flick, 2009). O recrutamento dos/as participantes terminou quando foi atingida a redundância nas informações que originaram os temas, ou seja, a saturação de dados.

## **2.2. Recolha de dados**

Os dados foram recolhidos online através de entrevistas focalizadas em grupo com base num guião semiestruturado (anexo B), através da plataforma ZOOM (Video Communications Inc., 2020), gravadas em áudio e em vídeo, entre dezembro de 2021 e maio de 2022. Realizaram-se sete *grupos focais* em formato online: dois com dez enfermeiros/as, dois com seis fisioterapeutas, dois com quinze ajudantes de ação direta e um com um grupo misto de profissionais, que incluiu quatro técnicos de serviço social e simultaneamente diretores/as técnicos de diferentes ERPI e dois psicólogos/as. Cada *grupo focal* teve a duração de mínima de 45 minutos e máxima de 58 minutos ( $M=50.41$   $DP=5.22$ ). O guião de entrevista foi composto pelas seguintes partes: (1) Apresentação do estudo e objetivos e abertura da discussão; (2) Explorar experiências de prestação de cuidados a idosos com dor crónica (e.g., "Quando a pessoa está com dor (crónica) e estão a prestar cuidados como é que é para vós?"); (3) Identificar as estratégias para reconhecer, avaliar e gerir a dor crónica (e.g., "Como é que sabem que a pessoa está com dor? Costumam avaliar a dor?"); (3) Identificar as barreiras e os facilitadores em vários níveis (residente, cuidador/a e organização) para prestar cuidados a idosos com dor crónica (e.g., "Na sua experiência, o que é pode ser uma barreira à prestação de cuidados a residentes com dor crónica?").

Depois, para a condução das entrevistas foram considerados os seguintes aspetos:

a) Todos os/as participantes foram encorajados a participar e/ou a interagir entre si, para

trocarem e debaterem ideias e/ou diferentes pontos de vista; b) Foi reforçada a ideia de que não existiam respostas certas ou erradas, e de que todas as respostas eram válidas, tendo em conta que as respostas refletiam a perspetiva pessoal e/ou individual de cada participante, tendo em conta a sua experiência profissional com a população alvo; c) Foram efetuadas reformulações e/ou repetições de perguntas sempre que necessário, para a garantir que os/as participantes compreendiam as questões.

Os grupos focais foram moderados e/ou comoderados pela orientadora do presente estudo e pela primeira autora. As entrevistas foram arquivadas offline durante o período de realização desta investigação. Foi garantido o anonimato dos/as participantes e das instituições a que pertenciam. Todos os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo, participaram de forma anónima e voluntária, conforme o respetivo consentimento informado (anexo A). Por fim, os participantes foram informados de que a presente pesquisa não visava avaliar as práticas dos/as cuidadores/as nem das instituições a que pertenciam. A participação foi recompensada com um voucher eletrónico de 10€ de uma superfície comercial, que foi enviado aos participantes após a sua participação. Os/as participantes forneceram informações sociodemográficas: idade e profissão.

### **2.3. Análise de Dados**

Na análise de dados foi realizada uma análise temática (AT), com recurso ao software NVivo 12 (2020), que consiste num método de análise qualitativa de dados, que visa resumir e descrever de forma ampla um conjunto de dados, identificando temas-chave e padrões de significado no nível superficial (semântico) e/ou latente. Ou seja, fornece uma análise interpretativa e conceptual de um conjunto de dados (Clarke & Braun, 2014). De acordo com Braun & Clarke (2006), a AT é considerada uma metodologia fundamental para a análise qualitativa, já que é adequada à diversidade e complexidade características

dos dados qualitativos. Adicionalmente, a AT representa uma metodologia abrangente e adequada à complexidade e profundidade existentes no presente tópico de investigação. Primeiro, permite responder a uma variedade de questões de investigação: experiências ou perspetivas; práticas e comportamentos; fatores de influência; representação ou construção de objetos ou processos sociais específicos. Em segundo lugar, pode ser utilizado em diversos tipos de dados qualitativos, por exemplo, em entrevistas presenciais e/ou virtuais e/ou grupos focais, como é o caso (Clarke & Braun, 2014).

A AT poder ser realizada seguindo uma abordagem indutiva ou dedutiva por parte do investigador. A análise indutiva é um processo de codificação dos dados sem tentar encaixá-los num quadro de codificação pré-existente, ou os preconceitos analíticos do pesquisador (Clarke & Braun, 2014). Nesse sentido, esta forma de análise temática é orientada pelos dados, e os temas identificados baseia-se nos mesmos. Em contraste, uma análise temática dedutiva, tende a ser conduzida pelo investigador, pelo seu interesse teórico ou analítico na área, e por isso, globalmente fornece uma descrição menos rica e menos detalhada dos dados, analisando um aspeto específico dos mesmos (Clarke & Braun, 2014). Para o presente estudo, recorreu-se aos dois tipos de abordagens: a dedutiva que se traduziu na identificação dos dois temas, pois foi orientado pelas questões de investigação e pelo guião da entrevista; e pela abordagem indutiva, na medida em que foi orientado pelos resultados obtidos (i.e., pelas perspetivas dos/as participantes) traduzindo-se nos sub-temas.

A análise dos dados e respetiva codificação foi realizada pela primeira autora, e posteriormente foram analisados e discutidos com a orientadora e com a coorientadora da presente dissertação (anexo C).

## 2.4. Critérios de Qualidade

Foi seguida a abordagem de Lincoln & Guba (1985) para assegurar os critérios de qualidade do presente estudo. Para garantir o critério de transferibilidade, foi alcançada uma certa heterogeneidade dos participantes - idade, género e profissão (ver tabela 2.5), bem como das instituições onde exerciam a sua atividade, e foi realizada uma descrição densa e representativa da diversidade das perspetivas entre os participantes (Coutinho, 2008). No que diz respeito à fiabilidade, as reuniões de discussão com a equipa de investigação (orientadora e coorientadora) acerca das interpretações das citações dos/as profissionais por parte da primeira autora, permitiu o obter consistência relativamente à linha de pensamento e conclusões obtidas através da análise dos dados (Coutinho, 2008). Quanto à confirmabilidade, foram disponibilizadas à equipa de investigação todas as entrevistas gravadas digitalmente e transcritas na íntegra, assim como as listas de categorias da análise temática e respetivas citações ilustrativas, que foram definidas e discutidas com a orientadora e a coorientadora.

**Tabela 2.5.**

Participantes classificados por código de participante, género, idade e profissão

Código do participante	Género	Idade (anos)	Profissão
A1_F_CR40	mulher	40	A.A.D. <sup>a</sup>
A1_M_NU41	homem	41	
A1_F_AN47	mulher	47	
A1_F_MA56	mulher	56	
A1_F_IS28	mulher	28	
A1_F_FA52	mulher	52	
A1_F_MA40	mulher	40	

A1_F_DO37	mulher	37	
A1_F_MA	mulher	38	
A2_M_JA44	homem	44	
A2_F_CI	mulher	45	
A2_M_PA33	homem	33	
A2_F_GL53	mulher	53	
A2_F_SO32	mulher	32	
A2_F_AN54	mulher	54	
<hr/>			
MD1_F_DA33	mulher	33	Psicólogo/a
MD1_M_BE27	homem	27	
<hr/>			
MD1_F_PA36	mulher	36	Técnico/a de Serviço
MD1_F_JO48	mulher	48	Social/Diretora técnica ERPI
MD1_F_EL36	mulher	36	
MD1_F_RA25	mulher	25	
<hr/>			
F1_F_FI31	mulher	31	Fisioterapeuta
F1_F_SO33	mulher	33	
F1_M_AN35	homem	35	
F2_M_HU32	homem	32	
F2_F_MA32	mulher	32	
F2_F_AN47	mulher	47	
<hr/>			

---

E1_F_SA26	mulher	26	Enfermeiro/a
E1_F_MI32	mulher	32	
E1_M_LE37	homem	37	
E1_F_SI30	mulher	30	
E1_F_NE32	mulher	32	
E1_F_TA34	mulher	34	
E2_F_PA32	mulher	32	
E2_M_HE35	homem	35	
E2_F_MA33	mulher	33	
E2_M_VI33	homem	33	

<sup>a</sup>A.A.D.: Ajudantes de ação direta

---

## Capítulo III – Resultados

Os resultados foram divididos em dois grandes temas: (1) estratégias e facilitadores ao reconhecimento e avaliação da dor; (2): Barreiras ao reconhecimento e avaliação da DC.

### 3.1. Tema 1: Estratégias e facilitadores ao reconhecimento e avaliação da dor

Este tema engloba as estratégias utilizadas e os aspetos facilitadores, descritos pelos/as profissionais como estando na base do reconhecimento e avaliação da dor crónica neste contexto.

#### 3.1.1. *Por diversos sinais e sintomas notamos que aquela pessoa está com dor*

Globalmente, os/as vários/as profissionais identificam um conjunto de estratégias e de facilitadores do reconhecimento da dor no outro, utilizados por parte dos próprios, que resultam da relação com o/a utente. Todos os participantes descreveram um processo de triangulação de sinais e sintomas para constatar que a pessoa está com dor. Mais concretamente, através dos comportamentos de dor, nomeadamente através da queixa, da expressão facial e da postura corporal (e.g. postura tensa ou inclinada, diferente do habitual no/a residente). Assim, os/as psicólogos/as referem que reconhecem a dor no/a utente *“Pela expressão facial e pela [expressão] corporal. Estava-me aqui a lembrar, da semana passada, uma senhora, pronto, que estava assim meio inclinada e sem falar. Quando a abordei, de facto, ela estava com um desconforto, e com dor. Portanto, às vezes, aqueles que se conseguem automobilizar, quando não estão na postura que nós consideramos que é normal deles.”* (MD1\_F\_DA33). Os/as diretores/as de ERPI revelam recorrer às mesmas estratégias: *“(...) a expressão, muitas vezes diz mais do que as palavras. (...) Portanto, basta olhar para a cara de um residente e perceber se a expressão é de dor, de felicidade. Mas conseguimos perceber com o semblante, está mais fechado, está mais carregado, com os olhos mais entristecidos.”* (MD1\_F\_JO48). *“Sim, eu também concordo com aquilo que a (...) disse. É mais o semblante, a expressão facial,*

*nota-se quando a pessoa está menos bem.” (MD1\_F\_EL36). Também houve um diretor que relatou o comportamento de queixa: “E eu estou-me a lembrar de uma senhora, que inclusivamente é seguida na consulta da dor, e tem imensas dores, e toma (...) uma medicação muito forte para as dores, e ela volta e meia quando vai ao meu gabinete, vem-se queixar das dores.” (MD1\_F\_EL36).*

Os/as enfermeiros/as destacam igualmente os diversos sinais e sintomas do/a residente (e.g., pela expressão facial, pelo comportamento ao ser mobilizado, presença de febre): “(...) provavelmente, aquela pessoa está com dor (...) pela facies de dor que apresenta. Pronto, [por] vários sinais e sintomas.” (E2\_M\_VI33) “Na face, [mas também] o/a utente que ao ser posicionado tenta agarrar-se a tudo e mais alguma coisa ou se retrai mais. Em vez de colaborar, faz precisamente o contrário. São indícios que nos traduzem alguma dor.” (E2\_M\_HE35). “Ou também uma pessoa que não tem a capacidade [de falar], não fala, se tiver mais prostrada, ou se tiver mais apática, também se também se nota, também nos apercebemos que a pessoa não está tão bem.” (MD1\_F\_EL36). “Outras vezes se for uma infeção que esteja a causar a dor, podem ter febre, pode haver múltiplos sinais ou sintomas que nos indiquem a presença de dor.” (E2\_M\_VI33).

Os/as ajudantes de ação direta recorrem às mesmas estratégias, pois identificam a dor do “olhar”, do gemido, da queixa, e do “recolher” ao toque, durante a mobilização, no âmbito das suas atividades diárias de prestação de cuidados aos/as residentes: “Ouvir que eles estão muitas vezes a gemer.” (A1\_F\_MA56). “Mas conhece-se. Ou estão mais em baixo, ou pelas caras ou pelo olhar (A1\_F\_CR40). “Na expressão vê-se quando eles estão mais calmos, mais serenos, e quando estão em sofrimento, mudam a expressão do olhar, tudo isso...” (A2\_F\_GL53). “[Olhar] mais triste, profundo, muito profundo, quase que a gente não consegue ver os olhos.” (A1\_F\_AN47). “Podem não dizer que doi, mas qualquer sítio que nós tocamos eles recolhem-se (...)” (A2\_F\_GL53). Também os

fisioterapeutas reportam observar *“A forma como a pessoas se mexe, (...) a face da pessoa, a forma como se mexe. (F2\_F\_MA32)”* para avaliar a dor.

Outra estratégia referida, que se traduz na avaliação da presença/ausência de dor é o questionamento direto por parte dos/as enfermeiros/as e dos fisioterapeutas. Uma das enfermeiras referiu que questiona os/as residentes diretamente, acerca da presença da dor: *“E, por vezes, você passa no quarto desses doentes e tem que ser você a perguntar “olha você tem dor?” (E1\_F\_TA34).* Os/as fisioterapeutas salientam que utilizam a narrativa e os descritores de dor que a pessoa refere: *“(…) quando se vê a pessoa logo que nos dirigimos a ela, as palavras, as expressões, a forma como descreve (...) porque, depois, nós queremos muito saber a interferência das dores no movimento e no dia-a-dia.” (F2\_F\_AN47).*

### **3.1.2. Conhecer o/a utente para (re)conhecer a sua dor**

Excetuando os/as ajudantes de ação direta, os diversos/as profissionais destacam que conhecer o/a residente de forma holística (e.g., história de vida, contexto social), obtido através da relação que estabelecem com o/a residente, permite não só conhecer as suas circunstâncias e expectativas quanto à sua dor, mas também conhecer a forma como se movimenta, como se expressa e como interage com os outros, podendo fornecer pistas acerca da presença de dor. Neste sentido, o conhecimento acerca do/a utente que o/a profissional adquire resultante da relação que estabelece com o/a mesmo é um facilitador ao reconhecimento e avaliação da DC. Assim, os/as enfermeiros/as/as referem que: *“(…) nós também começamos a conhecer nosso/a utente. Começamos a conhecê-lo, mesmo nas expressões faciais, o fazer aquele movimento, nós estamos a perceber, também. Se convivemos com ele diariamente, conseguimos perceber às vezes que aquele toque doi mais.” (E1\_F\_MI32).* *“Sobretudo porque nós em ERPI, pelo menos temos um benefício, nós conhecemos a pessoa ao longo do tempo e sabemos o quadro.” (E1\_F\_SA26).* *“É*

*necessário muitas vezes, e vamos voltar aqui à parte em que conhecer o/a utente, é o mais importante, para isso, muitas vezes, conhecermos, sabermos que ele por norma não costuma estar assim, e percebermos o que é que se passa, e irmos ao encontro, e tentar perceber o que é que se passa, porque é que hoje está menos bem. Se calhar não comeu tão bem, ou por norma fala mais e naquele dia não está a falar tanto...daí que nós entendemos que realmente o utente está com dor.” (E1\_F\_NE32). “É claro que também nestes utentes, sendo a dor um fenómeno subjetivo, depois percebemos que efetivamente [existem] as variantes multidimensionais da dor. Sabemos que aquele utente acabou de ter uma visita, está mais alterado, porque está mais ansioso, e tal! Muitas vezes, acaba por despoletar ali alguma sintomatologia de dor.” (E2\_F\_MA33).*

Os/as fisioterapeutas sublinham igualmente a importância de estabelecerem uma relação com o/a residente, como uma forma conhecer melhor a sua dor: *“Eu acho que pessoalmente, que a ideia é de que precisamos de algum tempo para entrar no mundo da pessoa. Quando o conseguimos fazer, a nível de tratamento, o tratamento torna-se mais fácil, porque há um elo de confiança. Sobretudo em contexto de ERPI, tem muito a ver com chamadas de atenção, carência afetiva. E depois de entrarmos nesse mundo, vá, conseguimos sempre ter muito mais sucesso, e ser mais específicos, e de ir mais de encontro à raiz da questão. “ (F1\_M\_AN35) .“Às vezes as primeiras sessões é conversar. É conversar, não é bem ir ao encontro a um objetivo final físico, é ir com a pessoa, ganhar confiança. E às vezes, nestes momentos, até conseguimos fazer alguma coisa sem a pessoa se aperceber.” (F1\_F\_FI31). Nesse sentido, os/as psicólogos/as salientam também a importância da familiaridade com o/a residente: *“(...) o aspeto da familiaridade com os residentes é muito importante, (...) acho que é mesmo dos mais importantes, conhecer bem as pessoas, e saber com quem é que estamos a falar e interagir, é sempre um passo para identificar melhor as situações.” (MD1\_M\_BE27. “Porque estamos com**

*eles diariamente, acho que é fácil de identificar [a dor].” (MD1\_F\_DA33).*

Analogamente, os/as diretores/as revelam como o conhecimento acerca do/a residente pode ajudar a identificar e reconhecer a dor: *“E depois, às vezes, até percebemos o que é o certo, porque sabemos o histórico clínico da pessoa. (MD1\_F\_EL36).*

### ***3.1.3. As escalas de avaliação são uma bengala pouco usada e que fica para segundo plano***

A avaliação da DC recorrendo a instrumentos de avaliação formal, constitui uma das funções dos/as enfermeiros/as e do/as fisioterapeutas em ERPI. Neste sentido, estes profissionais indicam que aplicam algumas escalas de avaliação da DC: a escala numérica, a escala de faces e a escala visual analógica da dor - *“No dia-a-dia avaliamos de forma simples através de uma escala de Escala Visual Analógica, dependendo do grau de autonomia.” (F1\_M\_AN35).* Sendo que a utilização das mesmas é adaptada à situação e às características em que o/a residente se encontra, e por isso, a dor nunca é avaliada e/ou medida isoladamente, através destes instrumentos. Assim, as escalas de avaliação são referidas como sendo um facilitador do reconhecimento e da avaliação da DC, quando usado de forma complementar e de forma secundária com os restantes aspetos. Neste sentido, os/as enfermeiros/as indicam que: *“(…) o enfermeiro vai adaptando as escalas de acordo com a situação e com os doentes que tem à frente.” (E1\_M\_LE37).* *“Portanto, as escalas de dor [para] avaliar a dor das pessoas que nós já conhecemos ao longo do tempo, dão-nos ali uma ‘bengala’. Mas é uma bengala muito ligeira. E por isso [as escalas] ficam para segundo plano, e o juízo crítico até aquele momento, daquela pessoa, dá uma visão daquela pessoa.” (E1\_F\_SA26).* *“Eu concordo com (...), em termos de escalas, quando se trabalha em ERPI, portanto o conhecimento do doente ao longo do tempo [é o maior determinante], que nós já conseguimos [compreender do residente]. Portanto, o foco não são as escalas. É como o colega estava a dizer: [temos] de adequar a escala a quem nós temos à nossa frente.” (E1\_F\_MI32).* *“Pegando naquilo que os*

*colegas dizem, nós conhecemos o utente para perceber qual é a nossa escala naquele momento. (...) e nós aplicamos a escala de acordo com o que estamos a ver e [de acordo com o] que achamos naquele momento. Também acontece muito isso.” (E1\_F\_NE32). “Temos a escala numérica, a escala de faces e a escala visual analógica da dor” (E2\_M\_HE35). Paralelamente, os/as fisioterapeutas referem que recorrem às escalas de avaliação de DC, especificamente à escala de avaliação qualitativa, de uma forma complementar com os restantes sinais e sintomas manifestados pelo/a utente, tais como a descrição que o/a residente faz da sua dor, a postura e a expressão facial: “Respondendo à questão da avaliação da dor, não somente no meu caso, mas juntamente com outros colegas que estudam dor crónica, nós deixámos de perguntar pela EVA (escala visual analógica). Ou seja, nós não pontuamos a dor, perguntamos de forma mais subjetiva, escala subjetiva, escala de intensidade subjetiva. Portanto, moderada, intensa, etc. (...) E [para] avaliar (...) basta a descrição da pessoa geralmente conseguimos padronizá-la, mais ou menos, ainda que haja sempre um grau de incerteza. Portanto, [avaliamos] de acordo com a descrição da história da dor.” (F2\_F\_MA32).*

#### **3.1.4. Continuidade no cuidado: a importância das relações inter e intra profissionais**

No que concerne à colaboração com os/as colegas, todos/as os/as profissionais demonstram que há uma “parceria” entre a equipa multidisciplinar das estruturas residenciais. Além disso, os/as ajudantes de ação direta e os/as enfermeiros/as assumem uma parceria mais próxima entre si do que com os restantes profissionais, porque os/as ajudantes de ação direta conseguem detetar que a pessoa está com dor durante a prestação de cuidados, e podem transmitir essa informação aos/as enfermeiros/as. Assim, a continuidade no cuidado obtida através da relação entre os/as vários/as profissionais e equipas, é um aspeto facilitador do reconhecimento e avaliação da DC destacado por diferentes profissionais. Neste sentido, os/as enfermeiros/as/as indicam que: “quando não

*há continuidade do cuidado [quando não se conhece o/a utente] (...) o chamar outro colega que tem estado mais com esse doente, é o que faz a diferença, pelo menos para mim.” (E1\_F\_TA34). “Posto isto, é importante ter a colaboração de toda a equipa, quer da parte de enfermagem, quer da parte das Ajudantes. As próprias Ajudantes também estão mais despertas, no sentido de tentarem aperceber-se de alguns sinais que os utentes por vezes manifestem, seja numa mudança de fralda, seja no posicionamento, com cuidado, higiene e conforto. Portanto, nós tentamos sempre que elas intervenham neste sentido de controlo da dor, é muito importante para nós. Se elas (...) em alguma interação com o utente denunciam uma alteração em termos de queixas algicas, elas reportam isso. É importante para nós.” (E2\_M\_HE35). Por sua vez, os/as ajudantes de ação direta, confirmam a existência dessa mesma “parceria” com os/as enfermeiros/as: “O que nós costumamos fazer é (...) ver como é que está a pessoa, (...) e depois alertamos [reportamos] à coordenadora [dos/as AAD] e depois também aos/as enfermeiros/as.” (A1\_F\_CR40).*

No que toca aos/as fisioterapeutas, estes referem a existência de “parcerias” interequipas, encaminhando/a utentes para outros/as profissionais, como os/as psicólogos/as: “Felizmente tenho, também ali temos uma equipa grande, e quando eu tenho ali uma dor que se mantém, e que eu estou a ver, às vezes, eu penso mesmo: será que é uma dor não mecânica, uma dor ali do foro psicológico? E falo com a psicóloga.” (F2\_M\_HU32). “Ou seja, tudo o que não seja para a nossa área, ok! Se há alguma coisa crítica aí avaliamos mais concretamente: “Ok isto não é para nós”. (F2\_F\_MA32). Também os/as psicólogos/as mencionam que encaminham residentes para outros/as profissionais, sobretudo aos/as enfermeiros/as/as: “Se eu verifico que há uma dor física, eu acho que uma das melhores respostas que nós podemos dar (...) é o trabalho em equipa. Porque, felizmente, na (...) nós temos muitas áreas de técnicos. Ou seja, temos

*uma equipa multidisciplinar grande. Ou seja, quando é preciso alguém para reagir a alguma coisa, há os/as enfermeiros/as, ou quando os/as enfermeiros/as precisam de nós, também nós estamos lá. E rapidamente chega a palavra, e cada um sabe mais ou menos aquilo que tem a fazer.*” (MD1\_M\_BE27). Por último, também os/as diretores/as de ERPI sublinham a existência de uma “parceria” multidisciplinar, sobretudo com a equipa de enfermagem: *“Pomo-lo em conforto [ao residente], mas chamamos um enfermeiro e dizemos “está com dor”, para poder fazer o devido encaminhamento.*” (MD1\_F\_JO48). Os/as diretores/as referem também que após reconhecerem a dor no/a residente, encaminham o/a mesmo/a à equipa de enfermagem, como o objetivo da sua dor ser avaliada de forma mais eficaz: *“Claro que isto não faz com que depois não se investigue, ou não se passe a outro técnico, de enfermagem ou ao médico, para poder avaliar mais profundamente.*” (MD1\_F\_PA36).

### **3.1.5. O hábito faz o monge: a experiência profissional como mais-valia no reconhecimento e a avaliação da DC**

A experiência de trabalho e a formação/a profissional foram aspetos reconhecidos por enfermeiros/as e fisioterapeutas, como sendo facilitadores ao reconhecimento e avaliação da DC. Tais aspetos, ao nível dos/as profissionais, permitem ultrapassar as dificuldades existentes na relação com o/a residente. Assim, alguns enfermeiros/as referem que: *“Agora é assim, como os anos... o ditado “o hábito faz o monge”. E nós lidamos com pessoas 24 horas por dia, e estamos sempre lá... isso dá-nos algum traquejo para conseguir ler e adaptar as nossas ações à necessidade do/a utente.*” (E2\_M\_VI33). *“(…) eu tenho dado alguma formação às Ajudantes (...). Portanto, Ajudantes que algumas têm por exemplo o 4º ano, 9º, nunca fizeram um curso/a profissional. A experiência delas é mais ou menos, mas é o que tenho tentado fazer, para melhorar a formação delas.*” (E1\_F\_MI32). Da mesma forma que os/as fisioterapeutas indicam que: *“Mas, realmente, já não sinto essa dificuldade, eu acho que a questão da experiência faz-nos ter*

*outra...[segurança] durante a presença com os utentes...ajuda-nos a ultrapassar essas dificuldades. “(F1\_F\_SO33). “Agora também é uma questão da confiança, que nós depois passamos, porque acredito que no início não passamos tanta... (pausa). E depois, a experiência traz outra coisa.” (F1\_F\_SO33)*

### **3.2. Tema 2: Barreiras e dificuldades no reconhecimento e a avaliação da dor crónica**

Este tema relaciona-se com o conjunto barreiras existentes ao reconhecimento e avaliação da DC em pessoas idosas institucionalizadas, por parte dos/as cuidadores/as formais.

#### **3.2.1. A indiferença que não é indiferença**

Este subtema demonstra como a dessensibilização dos/as profissionais afeta o reconhecimento e a avaliação da DC, designadamente através da apatia, do desligamento e da dessensibilização em relação à queixa da pessoa idosa. Esta barreira, existente ao nível dos/as profissionais, foi mencionada por alguns enfermeiros/as e fisioterapeutas. Neste sentido, os/as enfermeiros/as revelam que: *“Ou, às vezes esta indiferença, que não é uma indiferença, que é uma estratégia que se vai arranjando, porque, realmente, lidar com isto todos dias não é fácil.” (E1\_M\_LE37). “Se calhar se a senhora “X” me disser que está com dores, uma pessoa que não se queixa normalmente, e que raramente nos vem pedir auxílio, eu vou valorizar aquele quadro, se calhar, como se fosse um 8 ou um 9.” (E1\_F\_SA26). “É como eu disse, que se calhar no início da nossa carreira ao mínimo grito nós levantamo-nos da cadeira e vamos a correr, e se calhar não aconteceu nada! E com o passar [dos anos] corremos o risco de o/a utente estar muito apelativo durante um turno, e nós menosprezarmos alguma coisa que realmente é de valorizar.” (E2\_M\_VI33).*

Paralelamente, os/as fisioterapeutas frisam a mesma ideia: “(...) *basta às vezes nós termos menos disponibilidade mental, naquele dia, temos mais dificuldade em estabelecer empatia.*” (F2\_F\_MA32).

### **3.2.2. *Dor física e dor psicológica, uma é real e outra quem sabe...?***

Todos os/as profissionais referem distinguir dois tipos de dor: a dor física e a dor psicológica. Globalmente, os vários/as profissionais, consideram que o conjunto de fatores psicológicos associados à experiência de dor do/a residente são menos relevantes para o reconhecimento e avaliação da DC, uma vez que requerem uma “triagem”, já que podem indicar uma “chamada de atenção” e não uma dor “real”. Assim, esta distinção entre “dor real” e “dor psicológica”, constitui uma barreira ao reconhecimento e avaliação da DC por parte dos/as profissionais, já que é incompatível com a visão multidimensional da DC, que permite reconhecer e avaliar a DC tendo em conta a multiplicidade de fatores existentes. Ou seja, atender aos diversos aspetos, sinais e sintomas da DC manifestados, de igual forma, quer sejam estes físicos ou psicológicos, permite que a DC seja avaliada de forma compreensiva e abrangente, e por isso, de forma mais eficaz. Neste sentido, os/as enfermeiros/as ilustram esta ideia ao referirem que: “*Há adultos que, pronto, por diversos fatores, psicológicos, podem estar a queixar-se e nem estão em sentir uma dor e há outros que podem estar com dores e não se queixam.*” (E2\_M\_VI33). “*Nós enfermeiros, como estamos 24 horas por dia com os doentes apercebemos, e com a experiência acabamos também um bocadinho por perceber se aquela dor é mesmo dor, ou se é uma chamada de atenção, e que às vezes acontece muito.*” (E2\_F\_PA32). “*Muitas vezes não é dor, às vezes é o querer falar, o querer companhia, e depois coloca-se a situação de saber diferenciar se é dor, se não é. É uma grande dificuldade.*” (E2\_F\_PA32). “*E a colega de (...). falou dos placebos, que realmente são utilizados, mas nós percebemos perfeitamente às vezes quando é mesmo*

*ou não é dor, e entra um bocadinho as medidas não farmacológicas, que obviamente às vezes 15 minutos de conversa e um miminho acaba por passar a dor... às vezes percebemos que realmente é mesmo dor e atuamos.”* (E2\_F\_PA32). Nesse mesmo sentido os/as fisioterapeutas indicam que: *“Então, nós nesses casos, eu valorizo a dor, mas não podemos focar-nos só [na queixa frequente]. Porque há pessoas que descontrolam, e dizem que têm muita, muita dor, e, efetivamente, não têm.”* (F1\_F\_SO33). *“(…) E pode dizer que é um 10 de intensidade, mas está a andar.”* (F1\_F\_FI31). *“Normalmente, não são essas pessoas [os/as residentes com demência] que têm as maiores dores, ou se têm dores, nunca conseguimos perceber ou muito dificilmente conseguimos perceber, se realmente é uma dor ou uma chamada de atenção. Se é do foro musculoesquelético ou do foro muscular, ou se é uma dor mais somática. E aí sim, torna-se difícil.”* (F1\_M\_AN35). Paralelamente, os/as ajudantes ação direta indicam a mesma distinção entre dor física e dor psicológica: *“Depois, temos outros tipos de dor, temos o caso da D. M. J., que a maior dor dela foi ter perdido a perna. Não poder fazer as coisas dela...que fazia antigamente. Não é a dor física, mas psicológica.”* (A2\_F\_SO32). Da mesma forma que os/as psicólogos/as revelam que: *“(…) Ou seja, identificar aquilo que está a acontecer: se é de facto uma dor física ou se é uma dor psicológica, ou se é um misto das duas coisas.”* (MD1\_M\_BE27). Também os/as diretores/as de ERPI revelam a mesma visão acerca da DC: *“E quando nós falamos na dor crónica, para mim, é uma dor que mesmo que não seja existente, é latente, e nós temos que valorizar. Portanto, a pessoa pode até não ter a dor física, mas ter a dor psicológica. E isso há que levar e ter em atenção.”*; *“Portanto, acho que não podemos desvalorizar, mas embora os nossos/as residentes, ou os mais velhos, chamem muitas vezes à atenção, ou queiram carinho, queiram afeto, mas aquela dor, estão a sentir, seja real ou seja imaginária. Portanto, há que valorizar.”* *“Porque, mesmo que a dor não*

*seja real, que a pessoa não tenha dor, e saiba, que esteja provado que não exista a dor, para ela existe a dor. “(MD1\_F\_JO48). “Não desvalorizando e ter falado com outros técnicos, aliás às vezes conseguimos logo fazer uma triagem do que é só a chamada de atenção. E de fazer esta... pronto...separação, do que pode ser uma chamada de atenção, ou que é mesmo uma dor que esteja ali.” (MD1\_F\_PA36).*

### **3.2.3. A dor que não fala**

A impossibilidade ou a dificuldade em verbalizar a dor por parte do/a utente impede a avaliação da dor, assim como a ausência de feedback do/a utente sobre as estratégias aplicadas pelo/a profissional, para reduzir a sua dor. Neste sentido, a não verbalização da dor por motivos de incapacidade do/a residente, é uma barreira existente ao nível do/a utente, que dificulta o reconhecimento e avaliação da DC. Esta barreira é mencionada pelos/as enfermeiros/as, que indicam que: *“Já falámos de uma dor crónica é ainda mais difícil de conseguirmos trabalhar (...) o difícil que é tratar de alguém com dor crónica, que nós sabemos que tem dor crónica e não consegue verbalizar a dor. O que é tão difícil, o que é ainda mais difícil, de alguém que consegue verbalizar que tem dor, ou tem mais dor, ou está melhor, e foi ainda mais difícil. (...) porque é algo que nós estamos a fazer e não conseguimos ter um feedback do outro lado, se está a doer demais, se está a doer de menos, [se] estamos a fazer da melhor maneira, nós temos sempre que pensar que estamos a fazer da melhor maneira e que não vamos ter nenhum feedback e isso é muito difícil.” (E1\_F\_NE32). “Agora, quando a pessoa não consegue transmitir [verbalmente a dor], aí torna-se um processo muito mais complexo para conseguir resolver esse mesmo problema.” (...) “E quando se fala de dor, muitas vezes o mais difícil é talvez saber que a pessoa está com dor, porque muitas destas pessoas não têm a capacidade de transmitir que estão a sentir a dor. São pessoas que estão afásicas, não falam ...” (E2\_M\_VI33). “Acima de tudo aquilo que os colegas disseram, efetivamente existe aqui um desafio por*

vezes imenso, quando existe dor crónica em utentes que não têm capacidade de comunicação a 100%, ou que têm uma demência instalada.”; “Claro que nos doentes que não conseguem falar, doentes afásicos, é muito pior conseguirmos chegar lá, sem dúvida nenhuma.” (E2\_M\_HE35). Simultaneamente, os fisioterapeutas mencionam a mesma barreira, ao indicar que: “Mas, muitas vezes, é difícil perceber isso. Mesmo, porque, muitas vezes temos afasias de expressões, temos geriatria, temos ali problemas, outro tipo de problemas que falham ali, que surgem mais dificuldades na comunicação, ou pessoas que não falam, pessoas que ouvem muito mal, também acontece, em geriatria. E [surdez] gravíssima, que nós temos que estar quase com um microfone ao lado delas a falar, e que às vezes fica ali difícil a comunicação, e às vezes não é eles não quererem contar, é mesmo [não conseguirem]” (F2\_M\_HU32). E por fim, também os/as diretores/as de ERPI referem esta mesma barreira: “Quando não conseguem verbalizar, e só vimos na expressão, para mim é mais difícil. Nas pessoas que não verbalizam é mais difícil nós percebermos o quanto é, ou a dimensão da dor.” (MD1\_F\_JO48)

#### **3.2.4. Quando o/a utente suporta a dor sem se queixar**

Existem atitudes ao nível do/a utente que dificultam o processo de reconhecimento e avaliação da DC. Alguns profissionais, como os/as enfermeiros e os/as psicólogos/as, mencionam que existe uma preocupação por parte do/a utente em não querer sobrecarregar o/a profissional, através na repressão da expressão de afeto negativo, podendo também ser percecionada como estoicismo. Estas atitudes da pessoa com dor, constituem barreiras ao reconhecimento e avaliação eficaz da DC pelo/a profissional, pois diminui e/ou suprime a queixa e origina comportamentos de desvalorização em relação à sua própria dor. Neste sentido, os/as enfermeiros/as ilustram este aspeto através de várias citações: “Muitos deles [os utentes] conhecem-nos a nós, para além de nós os conhecermos a eles, ... e a maior parte deles tentam não nos sobrecarregar...e isso

*também acontece por aí...na minha experiência...”(E1\_F\_SI30); “Não... só acrescentando aquela parte aqui em relação àquela parte que disse de quando o doente tem dor e não pede, eu noto muito é o silêncio. São aquelas pessoas que cognitivamente estão muito bem, têm uma estrutura familiar boa, mas elas não querem dar trabalho, nem à família nem a nós. Porque elas devem compreender mesmo tudo o que está a volta delas, e para não chatear, que elas pensam assim, ficam em silêncio. E, por vezes, você passa no quarto desses doentes e tem que ser você a perguntar “olha você tem dor?”. E aí ela “Ai, sim, eu aguento”. Já várias vezes ouvi essa expressão.”(E1\_F\_TA34).*

Paralelamente, os/as psicólogos/as referem a existência do mesmo tipo de atitudes pelo/a residente: *“Às vezes, ouvimos os residentes dizerem “pois, não me posso queixar, parece que estou sempre a queixar!”. Mas há aqui também uma reflexão interior, que a pessoa faz.”(MD1\_F\_DA33)*

### ***3.2.5. O tempo é escasso para avaliar a pessoa e para discutir em equipa, “seria preciso mais pessoal”***

Existem fatores de nível organizacional que afetam o desempenho/a profissional e que constituem barreiras ao reconhecimento e avaliação da DC. Com a exceção dos/as diretores/as, todos/as os/as profissionais indicam diversas barreiras organizacionais, tais como falta de tempo, falta de recursos e falta de formação na área da dor por parte dos/as outros/as colegas. Neste sentido, os/as enfermeiros/as/as indicam que: *“(...) o nosso turno é corrido, andamos sempre a correr de um lado para o outro, não temos tempo sequer para sentar à beira do doente” (E1\_M\_LE37); “(...) como sabem, é difícil, por causa dos rácios, por causa da falta de recursos.” (E1\_F\_TA34); “Eu estou a fazer uma tarde, como enfermeiro, eu sozinho, com 24 doentes, o tempo que eu posso despender pelo/a utente, seja para avaliar a dor, ou outra coisa qualquer, acaba por ser muito reduzido.” (E2\_M\_VI33); “(...) nem todos os doentes que têm dor crónica são referenciados para a consulta de dor (...) porque a nível farmacológico, nem sempre os locais onde nós*

*estamos têm pessoas formadas na área da dor crónica (...)*” (E1\_F\_TA34); *“A barreira maior que eu tenho, pelo menos da minha experiência atual, é eu ser a única enfermeira numa ERPI. É um peso muito grande, é uma burocracia enorme.”* (E1\_F\_MI32). Depois, alguns enfermeiros/as revelam existir algumas inconsistências entre equipas, por parte dos seus pares: *“Às vezes acaba por haver uma incongruência na administração de fármacos por parte da equipa, porque uns acham que é dor contínua, outros acham que é só dor à mobilização. E depois ficamos a pensar: “Então, mas eu acho que é uma dor contínua”, “Ai não, eu acho que não é.”. E isto é comum, é o nosso o nosso dia-a-dia, e às vezes, se calhar, enquanto equipa, não conseguimos chegar mais ao doente. Porque um diz X outro diz Y, e eu tenho a plena noção disso.*” (E2\_F\_PA32). De forma consistente com os/as enfermeiros/as, os fisioterapeutas sublinham a falta de tempo que existe para o/a utente: *“Mesmo que só estejamos 20 minutos lá está [com a pessoa] temos que criar relação, temos de pedir isto e aquilo. E tenha pessoas que me esperam o dia inteiro, porque vão fazer a fisioterapia. Por pouco tempo que nós consigamos, porque nós temos os timings um bocadinho presos, como em todo o lado, há pessoas que esperam por nós (...)*” (F1\_F\_SO33). *“E pouco tempo sobra para fazer registos. E, às vezes, é o problema do costume, as coisas vão ficando, vai ficando, temos sempre o horário cheio, não diretamente na fisioterapia, mas com todo o envolvente e com a gestão do lar.”* (F1\_M\_AN35). Simultaneamente, os/as ajudantes ação direta referem as mesmas barreiras organizacionais que os/as enfermeiros/as e os/as fisioterapeutas: *“Sim, às vezes as pessoas precisam de mais tempo, tem que ser mais devagar...há esses problemas. E, então, elas têm que gerir bem o tempo e leva mais tempo.”* (A1\_F\_FA52). *“Seria preciso mais pessoal [para nos ajudar a fazer o nosso trabalho melhor].”* (A2\_F\_GL53).

## Capítulo IV – Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo identificar estratégias facilitadoras e barreiras ao reconhecimento e avaliação da DC de pessoas idosas institucionalizadas, adotando a perspectiva dos/as profissionais. Em seguida, serão analisados os principais resultados obtidos, à luz da literatura que sustentou o presente estudo.

### **4.1. Estratégias e facilitadores para reconhecer e avaliar a dor em pessoas idosas institucionalizadas**

#### **4.1.1. Estratégias e facilitadores identificados ao nível do/a profissional**

Globalmente, as principais estratégias identificadas por todos/as profissionais para identificar a dor na pessoa idosa consistem na identificação de um conjunto de sinais e sintomas, tais como, a expressão facial, a postura e a verbalização da dor através da queixa do/a residente. Sendo que tais resultados são coerentes com a literatura existente, que explica que devido à diversidade e a subjetividade associadas à DC, o reconhecimento e a avaliação da mesma devem ser um processo holístico, e não apenas um processo quantitativo avaliado através de escalas (e.g., AGS, 2002; Apinis et al., 2014; Herr & Mobily, 1991; Knopp-Sihota, Dirk & Rachor, 2019). Além disso, estes resultados também são consistentes com o que está postulado pela *American Geriatrics Society* (AGS) (2002) e pela DGS (APED, 2022), que mencionam que é possível identificar a DC nas pessoas através de um conjunto de comportamentos de dor, de forma verbal e não verbal.

No que toca à avaliação formal da DC através de instrumentos de avaliação, existe uma consistência na forma como os/as profissionais aplicam os instrumentos de avaliação formal da DC nos/as residentes, isto é, tanto os/as fisioterapeutas como os/as enfermeiros/as referem que recorrem às escalas de avaliação da dor - EVA, escala numérica e escala qualitativa, de forma a complementar com outros sinais e sintomas observados. Tais resultados são consistentes com Rodriguez (2011) e com as

recomendações da DGS (2003) (disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>), que referem que as principais ferramentas de avaliação formal da DC são a escala visual analógica (visual analog scale - VAS), a escala de classificação numérica (the numeric rating scale - NRS) e a escala verbal descritora/escala qualitativa (verbal descriptor Scale - VDS). Deste modo, ambas as categorias de profissionais referem que os instrumentos de avaliação de dor são utilizados em segundo plano, e apenas neste sentido são um facilitador da avaliação da DC, já que a prioridade é dada ao conhecimento que os/as profissionais têm do/a residente e à avaliação que fazem dos diversos sinais e sintomas do/a utente, que são os principais decisores na avaliação da DC. Adicionalmente, os resultados revelam uma inconsistência quanto ao tipo de escalas que se aplicam nos/as utentes, através da diversidade de instrumentos de avaliação da DC utilizados quer pelos/as enfermeiros/as, quer pelos/as fisioterapeutas, sendo estes resultados congruentes com os resultados de Pringle et al. (2021).

Depois, os/as fisioterapeutas destacam uma estratégia de reconhecimento da DC que os restantes profissionais não utilizam, que consiste em avaliar a funcionalidade da pessoa idosa como indicador de existência da dor, destacando que avaliam a dor pelo impacto que a mesma tem nas atividades do dia-a-dia do/a utente, sendo este um aspeto inovador face à literatura existente.

Ainda, os/as enfermeiros/as identificam que experiência de trabalho ao nível do/a cuidador/a é um facilitador ao reconhecimento e à avaliação global de dor do/a residente, na medida em que lhes permite reconhecer e interligar mais facilmente os vários sinais e sintomas da pessoa com dor e ultrapassar as dificuldades que advém da prestação de cuidados. Contudo, para os/as enfermeiros/as, a experiência e o tempo de trabalho são simultaneamente fatores de dessensibilização em relação à queixa do/a utente,

constituindo uma barreira que afeta o reconhecimento e a avaliação da DC, aspetos que serão discutidos na seção seguinte.

Depois, foi referido o questionamento ao/a utente acerca da sua dor como sendo um facilitador ao reconhecimento e avaliação da DC, que foi indicado pelos/as enfermeiros/as e pelos/as fisioterapeutas. Estes resultados são coerentes com os de Sengstaken & King (1993), que recomendam que os/as cuidadores/as questionem diretamente as pessoas idosas institucionalizados acerca da presença da dor, e em caso afirmativo, realizar a sua monitorização.

#### **4.1.2. Estratégias e facilitadores identificados ao nível do/a residente**

A expressão facial e o “olhar”, são comportamentos de dor mencionados por todas as categorias profissionais como primordiais para o reconhecimento e avaliação da DC no/a residente, e que podem ser percebidos pelos/as profissionais através das várias interações sociais com a pessoa, no âmbito de todas as atividades e momentos de interação social existentes entre o/a cuidador/a e o/a residente, em contexto de ERPI. De facto, a expressão facial, especificadamente através da região dos olhos, encontra-se fundamentada através da literatura existente, que indica que a dor se identifica através da face, designadamente através das sobrancelhas, estreitamento dos olhos, apertamento das pálpebras, do cerramento total dos olhos e do levantamento da parte superior dos lábios (Kappesser & Williams, 2002). Tais aspetos são consistentes com a AGS (2002), que define que existem seis categorias de comportamentos de dor observáveis na pessoa com dor e que importam ser considerados no processo de reconhecimento e avaliação da dor crónica, que são: vocalização; expressão facial; linguagem corporal; mudanças no comportamento como aumento confusão, agitação ou retirada; mudanças fisiológicas, como aumento frequência respiratória, frequência cardíaca ou pressão arterial; mudanças físicas, como danos na pele, lágrimas, úlceras de pressão ou trauma.

No que concerne à queixa verbal de dor do/a utente, todos os/as profissionais identificam este aspeto como um facilitador ao reconhecimento e avaliação da DC. Importa referir que a queixa verbal acontece no seio de uma interação da pessoa com o/a cuidador/a, que necessita ser percebida como segura para que a queixa possa acontecer, através da aceitação e abertura à expressão da dor pelos/as cuidadores/as (Beach et al., 2000; Edmond, 2015). Assim, as atitudes e crenças dos/as cuidadores/as e/ou profissionais assumem particular importância. Ainda, sendo a DC uma experiência subjetiva e individual, é importante que os/as utentes se sintam compreendidos nos seus contextos sociais, ou seja, sentindo que são aceites e não julgados. Assim, sempre que o/a utente sente que a sua queixa é validada e compreendida pelos/as cuidadores/as, isto resulta numa amplificação do nível de intimidade com os outros, maior regulação emocional e bem-estar por parte do/a utente (Edmond, 2015; Cano & Goubert, 2017; Reis & Franks, 1994; Reis & Shaver, 1988). Pelo contrário, se a pessoa idosa com DC sentir que a sua queixa não é valorizada pelo/a profissional ou cuidador/a, tal terá impacto negativo para a saúde e bem-estar do/a utente e em futuras verbalizações de dor. Isto não significa que o/a cuidador/a formal concorde com a experiência da pessoa, mas que reconhece como legítimas as suas emoções, sentimentos e reações, sejam exatos ou não (Edmond, 2015). Por outro lado, a comunicação verbal da dor pelo/a utente, através da queixa, também pode ser vista como uma barreira pelos/as enfermeiros/as/as e pelos/as fisioterapeutas, aspeto que irei mencionar posteriormente na respetiva seção.

#### **4.1.3. Estratégias e facilitadores identificados a nível organizacional**

A nível organizacional, uma estratégia facilitadora identificada pelos/as enfermeiros/as é o recurso à formação interna em ERPI, enquanto medida que promove a colaboração interdisciplinar, por exemplo entre ajudantes de ação direta e enfermeiros/as. Mais especificamente, foi mencionada a existência de ações de formação interna prestadas à

equipa de ajudantes de ação direta, no âmbito do reconhecimento da DC, por parte dos/as enfermeiros/as. Depois, outro facilitador identificado de nível organizacional para o reconhecimento e avaliação da DC, é a necessidade de colaboração interdisciplinar entre os/as profissionais, através do trabalho em equipa, aspeto apontado por todos os/as profissionais, e que é consistente com Knopp-Sihota, Dirk & Rachor (2019). Neste sentido, todas as categorias profissionais valorizam e sublinham a importância de poderem contar com o apoio dos colegas, como uma forma de ajudar a reconhecer e avaliar a DC nos/as utentes.

## **4.2. Barreiras para reconhecer e avaliar a dor crónica**

### **4.2.1. Barreiras identificadas ao nível do/a profissional**

A visão de dor física *versus* dor emocional, aliada à ideia de dor real *versus* imaginária/psicológica, é comum às várias categorias profissionais. Em primeiro lugar, o binómio dor física vs. dor psicológica evidencia uma ausência de entendimento da natureza biopsicossocial das experiências de dor, que poderá estar ancorada numa visão biomédica da dor. Em segundo lugar, poderá evidenciar a invalidação de um conjunto de indivíduos cuja expressão de dor e/ou necessidades de gestão de dor mais associadas com soluções não farmacológicas e/ou psicossociais. Assim, esta visão biomédica da dor representa uma barreira à identificação e avaliação da DC, na medida em que os sinais e sintomas de origem psicossocial ligados à dor não são validados da mesma forma e/ou não assumem a mesma importância que os de origem biológica, para os/as cuidadores/as formais. A visão biomédica considera que a saúde é a mera ausência de doença, que o/a indivíduo/a tem um papel passivo no controlo do seu estado de saúde, e, por isso, a “cura” centra-se nos aspetos biológicos da saúde e no tratamento feito pelo/a profissional de saúde (Farre & Rapley, 2017). Deste modo, a perspetiva biopsicossocial tem sido reconhecida como necessária para a pesquisa e prática acerca da dor, não só para a sua

compreensão, como para a identificação do tipo de cuidados que devem ser prestados às pessoas com DC (Hadjistavropoulos et al., 2011). Por exemplo, a queixa frequente de dor pode ser uma forma do/a utente requerer atenção do/a cuidador/a, como forma de validação da sua dor e de se sentir compreendido (Hadjistavropoulos et al., 2011). Além disso, a queixa de dor, bem como o seu autorrelato, pode não apresentar um impacto visível nas atividades do dia-a-dia do/a mesma e no seu grau de autonomia, podendo ser menos aceite e/ou validado pelo/a cuidador/a.

Depois, para os/as enfermeiros/as, a experiência e o tempo de trabalho são simultaneamente fatores de dessensibilização em relação à queixa do/a utente, constituindo uma barreira que afeta o reconhecimento e a avaliação da DC. Estes resultados são consistentes com a literatura, que refere que os/as enfermeiros/as com mais idade e com mais experiência são menos propensos a acreditar e/ou documentar o autorrelato de dor, e de avaliar corretamente a dor em pessoas idosas. Por exemplo, os/as residentes sorridentes são avaliados/as como não tendo dor e têm menos probabilidades de receberem medicação, de acordo com Katsma & Souza (2000). Algumas causas possíveis poderão ser ausência de conhecimentos específicos sobre a dor e/ou falta de empatia para com o/a residente com dor (Katsma & Souza, 2000). Depois, os/as enfermeiros/as possuem conhecimentos académicos relativamente à dor crónica, mas encontram-se condicionados nas suas funções por imposições legais e administrativas no âmbito da sua profissão (Kress et al, 2015), sendo este aspeto igualmente consistente com os resultados obtidos, em que os/as enfermeiros/as referem a predominância de burocracia nas ERPI como uma limitação para o reconhecimento e avaliação da DC nos/as pessoas.

Adicionalmente, os/as enfermeiros/as indicam que existe alguma incongruência entre pares, acerca das diferentes avaliações de dor que realizam aos/as utente. A incongruência entre os pares são resultados consistentes com os de Doekhie et al. (2018), que referem

que o contexto da pessoa é formado por interações complexas com os/as cuidadores/as informais e múltiplos/as profissionais, cujas perspetivas e expectativas podem estar desalinhadas, sendo que os/as residentes e familiares podem ajudar os/as profissionais de estruturas residenciais a compreender melhor a dor do/a utente, limitando a probabilidade de surgirem desafios nas interações entre as equipas das estruturas residenciais. Neste sentido, importa referir que o processo de avaliação dor não é individual, é coletivo, e sem a perspetiva do/a utente a ausência de consenso entre profissionais torna-se uma barreira ao reconhecimento e avaliação da DC. Assim, o autorrelato da pessoa (quando possível) é o indicador mais válido e fiável da dor, e pode ser necessário fazer perguntas sobre a dor de diferentes maneiras para obter uma resposta (Schofiel, 2018). Ainda, é relevante referir que quando não é possível obter o autorrelato dos/as utentes, os/as profissionais devem recorrer a outras fontes de informação, como os familiares e os demais cuidadores/as formais das estruturas residenciais, para avaliar a dor no/a utente (Gregory, 2015; Knopp-Sihota, Dirk & Rachor, 2019). Em contexto de ERPI, aqueles que são próximos do/a utente, como familiares ou o/a cuidador/a informal, fornecem um conhecimento que complementa os comportamentos observados na pessoa com DC, e que ajudarão a formar uma abordagem da avaliação da dor centrada na pessoa (Gregory, 2015; Knopp-Sihota, Dirk & Rachor, 2019). Tais aspetos são fundamentais, já que a falta de envolvimento dos/as cuidadores/as com os familiares dos/as residentes afeta a avaliação da DC (DGS, 2010; Knopp-Sihota, Dirk & Rachor, 2019). Além disso, a avaliação da dor deve ser realizada de forma multidisciplinar (e.g. Gregory, 2015; Hadjistavropoulos et al, 2007), incluindo outros/as profissionais, como os/as ajudantes de ação direta, os/as fisioterapeutas, técnicos/as de serviço social, psicólogos/as e diretores/as ERPI. Os/as enfermeiros/as são cruciais na identificação e reconhecimento da DC dos/as residentes, por manterem um contato próximo com a pessoa, e porque se

encontram na linha da frente na prestação de cuidados (Kress et al., 2015). Enquanto os/as médicos/as prescrevem os analgésicos, os/as enfermeiros/as determinam quando dar o medicamento e a quantidade de medicação que a pessoa precisa para controlar a dor (Katsma & Souza, 2000). Os/as ajudantes de ação direta, enquanto cuidadores/as formais, têm um papel exigente e igualmente relevante na identificação e gestão da DC, devido às suas múltiplas tarefas que vão muito além da atividade de provisão de vida diária (ou seja, ajudar com roupas ou higiene), desempenhando outras funções que envolvem a cooperação com outros/as profissionais. Por sua vez, os/as fisioterapeutas recebem muito mais horas de formação relevante acerca da dor do que os/as restantes profissionais (Kress et al., 2015). Além do seu papel principal na recuperação do funcionamento físico das pessoas, os/as fisioterapeutas estão numa capacitados para fornecer conselhos, explicações e informação de forma adequada, podendo identificar problemas psicossociais e aumentar a motivação para a reabilitação da pessoa (Semmons, 2016). Depois, os/as psicólogos/as nas ERPI, podem assumir um papel relevante no reconhecimento e avaliação da DC, dado o seu posicionamento na intervenção direta com utentes, na colaboração com a restante equipa técnica e no apoio/articulação com os familiares do/a residente (OPP, 2020). Ainda, os/as psicólogos/as poderão reconhecer e evitar conflitos de interesses existentes (e.g., nos/as cuidadores/as, nas organizações) e contribuir de forma imparcial para o superior interesse do/a residente, com o foco no seu bem-estar. Ainda, os/as diretores/as de ERPI, neste estudo representados por técnicos/as de serviço social, assumem igual importância, porque apesar de não possuírem uma relação tão direta com os/as residentes, como os/as fisioterapeutas, enfermeiros/as, ajudantes de ação direta e psicólogos/as, têm, contudo, um papel relevante na identificação e na gestão das principais barreiras e facilitadores de nível organizacional, uma vez que assumem funções na gestão destas organizações.

#### **4.2.2. Barreiras identificadas ao nível do/a residente**

Ao nível do/a residente, a existência de comorbilidades representa um desafio no processo de identificação e a avaliação da DC pelo/a cuidador/a formal. Globalmente, todos os/as profissionais referem que quando os/as utentes com DC apresentam dificuldades na verbalização da dor (e.g., por motivos de demência), tal traduz-se numa barreira que afeta a identificação e avaliação da DC, sendo tais resultados congruentes com a literatura (e.g., Apinis et al., 2014; Barbosa et al., 2011). Por outro lado, quando as pessoas idosas são incapazes de comunicar verbalmente (e.g., devido a alterações neurológicas como demências ou doença de Parkinson, distúrbios convulsivos, acidentes vasculares cerebrais, ataques isquémicos transitórios, esclerose múltipla), a identificação da dor é mais difícil, ou mesmo impossível de obter através de autorrelato (Sengstaken & King, 1993). E por isso, outros aspetos comportamentais deverão ser contabilizados. Neste sentido, é relevante observar e considerar os comportamentos de dor dos/as residentes, tais como, inquietação/agitação, expressões faciais, postura, irritabilidade ou diminuição da comunicação em pessoas idosas, especialmente para aqueles que não se expressam verbalmente, ou os que por comprometimento cognitivo, levantam dúvidas acerca da validade das suas respostas em relação à presença de dor e/ou da sua duração. Assim, dever-se-ão incluir aspetos observacionais na avaliação da dor (i.e., a expressão facial e o movimento corporal) (Apinis et al., 2014; Herr & Mobily, 1991; Knopp-Sihota, Dirk & Rachor, 2019), que foram aspetos mencionados por todos os/as profissionais do presente estudo.

Outra barreira identificada ao nível do/a utente pelos/as profissionais no âmbito do presente estudo, é a existência de expressões de estoicismo por parte dos/as utentes, que se manifesta através da resistência em revelar ou comunicar a sua dor, e/ou em não querer sobrecarregar o/a profissional com a sua dor, reprimindo a sua expressão. Tais resultados

são consistentes com Hadjistavropoulos et al. (2007) e Knopp-Sihota, Dirk & Rachor (2019), que referem que algumas pessoas idosas são menos propensas a relatar a sua dor. Uma explicação alternativa poderá ser que, quando os/as utentes verificam que a sua dor não é diminuída de alguma forma através da queixa (e.g., medidas farmacológicas e não farmacológicas), o/a mesmo/a tenderá a diminuir a sua expressão de dor (Fordyce, 1976; Patterson, 2005).

Ainda, a verbalização da dor através da queixa do/ utente, é vista como uma barreira pelos/as enfermeiros/as/as e pelos/as fisioterapeutas, quando esta é frequente, traduzindo-se em sentimentos de dessensibilização em relação à queixa. Neste sentido, importa referir que apesar do/a cuidador/a formal poder experienciar sentimentos de satisfação por ajudar a pessoa a sentir-se melhor, é de salientar que testemunhar os outros em dor também origina angústia, e por isso, alguns profissionais ERPI podem distanciar-se da pessoa, como forma de autoproteção (Batson, 1987).

#### **4.2.3. Barreiras identificadas a nível organizacional**

Os/as enfermeiros/as revelam alguma resistência em usar os métodos formais de avaliação da dor, sendo tal resultado consistente com Pringle et al. (2021). Esta relutância em recorrer aos instrumentos de avaliação formais recorrentemente deve-se não só à forma como reconhecem e avaliam a dor – através do conhecimento que têm dos/as utentes e os diversos sinais e sintomas que estes apresentam, mas também devido às várias barreiras organizacionais existentes, como por exemplo, o ritmo de trabalho acelerado, burocracia, falta de formação em dor e o baixo rácio de profissionais por residentes, sendo estes resultados consistentes com a literatura existente (e.g. Knopp-Sihota, Dirk & Rachor, 2019). Os resultados obtidos indicam que os/as profissionais não têm as condições necessárias para aplicar instrumentos de avaliação formal em larga escala, ou seja, de forma sistemática, optando por dar prioridade a outros aspetos já mencionados,

como o conhecimento que têm da pessoa e diversos sinais e sintomas. Assim, as barreiras organizacionais identificadas, como falta de profissionais e escassez de tempo, são uma barreira não só à utilização de métodos de avaliação formal, como também à identificação da DC através de outros aspetos (i.e., através da observação e por via do diálogo). Importa sublinhar que estas mesmas barreiras a nível organizacional (i.e., falta de tempo, falta de recursos) não foram mencionadas pelos/as diretores/as de ERPI, em parte por serem os últimos responsáveis destas organizações, sendo mais difícil questionar as práticas de gestão existentes nas mesmas. Por fim, importa referir que o presente estudo decorreu num período em que os/as profissionais de ERPI e as próprias organizações enfrentam um contexto social e económico complexo e desafiante que advém de uma pandemia, com repercussões a vários níveis (e.g., individual, social e organizacional), sobrecarregando o trabalho de todos/as os profissionais e a gestão destas organizações.

#### **4.3. Sumário dos diferentes níveis das estratégias, facilitadores e barreiras**

Tendo em conta os resultados obtidos, foi possível agrupar e sumarizar em três níveis as estratégias, os facilitadores e principais barreiras identificados pelos/as profissionais, para o reconhecimento e avaliação da DC em pessoas idosas institucionalizadas – cuidador/a, profissional e organização (Tabela 4.3.1). Para além disso, agrupou-se facilitadores e barreiras por categoria profissional: enfermeiros/as, ajudantes de ação direta, fisioterapeutas, psicólogos/as, técnicos/as de serviço social e diretores/as de ERPI (anexo C).

##### **4.3.1. Síntese de temas e subtemas por nível**

<b>Nível</b>	<b>Estratégias e Facilitadores</b>	<b>Barreiras</b>
Cuidador/a	Conhecer o/a utente de forma holística Adaptação e responsividade Experiência de trabalho	Menos segurança ou in experiência Mais tempo na profissão <sup>b</sup> Apatia/desligamento

	Interligar sinais e sintomas	Dessensibilização em relação à
	Questionar o/a utente	queixa
	Maior experiência profissional <sup>a</sup>	Conceção de Dor física <i>versus</i> Dor emocional
Residente	Comportamentos de dor	Estoicismo/evitar a queixa e
	Expressão facial e olhar triste	desvalorizar
	Gemido	Reprimir emoções negativas
	Queixa	Estoicismo
		Não querer sobrecarregar o/a profissional
		Incapacidade em verbalizar a dor
Organização	Formação interna	Ausência de encaminhamento
	Trabalho em equipa	médico dos/as utentes ou residentes
		Burocracia
		Escassez de recursos humanos
		Incongruências em perspetivas
		interequipa
		Recursos humanos sem formação
		acerca da DC
		Ritmo de trabalho acelerado

<sup>a</sup> **Mais tempo na profissão:** aspeto que contribui para a empatia e dessensibilização em relação à queixa da pessoa, mas que também é um facilitador ao ajudar o/a profissional a ultrapassar as dificuldades que surgem no seu trabalho e interação com o/a paciente.

<sup>b</sup> **Maior experiência profissional:** permite reconhecer e avaliar a dor mais facilmente, através dos vários sinais e sintomas da pessoa. Contudo, também se relaciona com maior tempo na profissão, que representa uma barreira, por se relacionar com os aspetos de apatia e dessensibilização em relação à queixa da pessoa.

#### 4.4. Limitações e direções futuras

Este é um trabalho que procura olhar para o processo de reconhecimento e avaliação da dor em contexto de ERPI à luz da psicologia da dor e dos modelos

conceptuais da dor, procurando dar contributos para capacitar os/as profissionais para uma avaliação da dor mais eficaz. Não obstante os seus contributos, este trabalho possui algumas limitações que serão discutidas abaixo.

Em primeiro lugar, os *grupos focais* foram realizadas e gravados *online* via *ZOOM*, o que pode ter dificultado a existência de uma comunicação mais fluída e aberta por parte dos/as entrevistados/as, já que os temas abordados são complexos e pessoais, que exigiam um ambiente de muita segurança, partilha e confiança, que devido à falta de interação humana de forma presencial (Moore et al., 2015). Ainda, apesar dos *grupos focais online* possuírem várias vantagens (podem reunir pessoas de diferentes regiões, tem um baixo custo, relativamente fáceis de usar e estimulam a interatividade entre os participantes) (Archibald et al., 2019; Moore et al., 2015), as interações e as pistas não verbais são menos claras comparando com entrevistas presenciais, podendo afetar a forma como as questões são formuladas, o desenvolvimento da dinâmica de grupo e as interpretações feitas pelos/as investigadores/as (Moore et al., 2015).

Depois, os/as participantes foram em sua maioria mulheres, podendo existir diferenças na experiência de reconhecimento e avaliação da DC consoante o género, que neste estudo não foi possível explorar. Estudos futuros poderão explorar as diferenças de género na prestação de cuidados a pessoas idosas em contexto de ERPI.

Ainda, existiu uma grande dificuldade em recrutar participantes, devido não só à complexidade do tema, como também pela pouca disponibilidade e compatibilidade de horários entre os/as participantes (e.g., horários rotativos) e contexto de sobretrabalho. Neste sentido, foram repetidos várias vezes aspetos como a garantia da confidencialidade e anonimato, quer dos/as participantes, quer das organizações onde exerciam as suas funções, antes e durante a realização dos *grupos focais*. Adicionalmente, importa referir que os/as ajudantes de ação direta foram a categoria profissional menos aberta à partilha

de opiniões e experiências (i.e., forneceram respostas mais curtas e existiu uma maior necessidade em estimular o seu interesse em participar). Uma possível explicação poderá ser a existência de uma menor disponibilidade física e mental, já que esta profissão possui uma elevada rotatividade de mão de obra, devido às más condições de trabalho (e.g., baixa remuneração e risco físicos) (OECD, 2020), e, por isso, estes profissionais poderão estar menos motivados para partilharem as suas ideias e experiências.

Por fim, é difícil para os/as profissionais questionarem as suas práticas, já que a maioria das barreiras ao reconhecimento e avaliação da DC foram identificadas ao nível da organização e do/a residente, e muito menos a nível do/a próprio/a (i.e., do/a cuidador/a), tendo sido maioritariamente identificadas posteriormente, durante a análise dos dados pela equipa de investigação do presente estudo (e.g., “Apatia/desligamento”; “Dessensibilização em relação à queixa”; “Conceção de Dor física *versus* Dor emocional”).

#### **4.5. Implicações teóricas e práticas**

A presente dissertação representa um estudo pioneiro em Portugal, que se foca na identificação das principais barreiras e facilitadores ao reconhecimento e avaliação da DC em pessoas idosas institucionalizadas em Portugal, do ponto de vista do/a profissional, e por isso, os resultados devem ser interpretados tendo em conta este contexto.

No que concerne às implicações teóricas, procurou-se contribuir com a visão da psicologia, e entender o processo de reconhecimento e avaliação da DC em pessoas idosas institucionalizadas, à luz dos modelos teóricos da dor crónica existentes, destacando o papel das interações relacionadas à dor entre cuidador/paciente e a importância do estabelecimento de relações de intimidade, por meio de respostas de validação da dor e de empatia.

Quanto às implicações práticas, é de salientar que é o primeiro estudo no panorama português que contribui para identificar necessidades dos/as profissionais de estruturas residenciais em Portugal, o que permite que estas necessidades possam vir a ser alvo de intervenção, através da realização projetos de intervenção social e/ou organizacional (e.g. através de formações, Workshops) que forneçam ferramentas que visam melhorar o reconhecimento e avaliação da DC em pessoas idosas, aos/as profissionais ERPI em Portugal. Em contexto de ERPI, a formação e a literacia na dor deve ser promovida e implementada nas organizações e em toda a equipa que compõe as mesmas, como uma forma de promover o conhecimento/competências do/a cuidador/a, e colmatar ausência de formação geriátrica e/ou sobre a dor, para uma identificação e avaliação adequada da mesma (Knopp-Sihota, Dirk & Rachor, 2019). Neste sentido, o presente estudo também contribui para mitigar o impacto da DC nos/as residentes, ao identificar os aspetos que dificultam a identificação e a avaliação da DC em ERPI, por parte do/a profissional, do/a residente e da organização, que poderão à posteriori ser alvo de intervenção. Ainda, o presente estudo sublinha a necessidade do processo de identificação e avaliação de DC ter de ser multidisciplinar e participado, envolvendo os/as vários profissionais ERPI, família e/ou cuidadores informais.

#### **4.6. Conclusão**

O reconhecimento e a avaliação da DC em pessoas idosas são processos complexos (e.g. Crofford, 2015; Knopp-Sihota, & Rachor, 2019; Prigle et al, 2021), e os/as profissionais deparam-se com uma grande diversidade de contextos socioeconómicos e de condições de saúde, por parte dos/as residentes. O presente estudo pretende dar um contributo para esta problemática, ao consolidar as barreiras e os facilitadores na prestação de cuidados a pessoas idosas institucionalizadas com DC, por parte de diferentes categorias profissionais, adaptado à realidade portuguesa e atendendo às perspetivas multinível

dos/as profissionais (i.e., ao nível do residente, do/a cuidador/a e da organização). Para além disso, este estudo demonstra como as interações sociais entre os/as cuidadores/as formais e os/as utentes podem influenciar o reconhecimento e a avaliação da DC.

## Referências

- American Geriatrics Society (AGS) Panel on Persistent Pain in Older Persons. (2002). The management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (6), 205–224. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.50.6s.1.x>
- American Geriatrics Society (AGS) Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. (2009). Pharmacological management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1331–1346. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02376.x>
- Antunes, F., Pereira, R. M., Afonso, V., & Tinoco, R. (2021). Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Patients in Portuguese Primary Care Units. *Pain and therapy*, 10(2), 1427–1437. <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00308-2>
- Apinis, C., Tousignant, M., Arcand, M., & Tousignant-Laflamme, Y. (2014). Can adding a standardized observational tool to interdisciplinary evaluation enhance the detection of pain in older adults with cognitive impairments?. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 15(1), 32–41. <https://doi.org/10.1111/pme.12297>
- Archibald, M. M., Ambagtsheer, R. C., Casey, M. G., & Lawless, M. (2019). Using zoom videoconferencing for qualitative data collection: perceptions and experiences of researchers and participants. *International journal of qualitative methods*, 18, 1609406919874596.
- Associação portuguesa para o Estudo da dor (APED). (2022, junho 26). APED. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Associação portuguesa para o Estudo da dor (APED). (2022, junho 22). APED. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/recomendacoes-nacionais>
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The journal of pain*, 13(8), 773–783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos/as cuidadores formais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12 (1), 119-129. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde Lisboa, Portugal.
- Batson, C. D. (1987). Prosocial motivation: Is it ever truly altruistic? In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 20, 65–122. Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60412-8](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60412-8)

- Batson, C. D., & Shaw, L. L. (1991). Evidence for altruism: Toward a pluralism of prosocial motives. *Psychological Inquiry*, 2(2), 107–122.  
[https://doi.org/10.1207/s15327965pli0202\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0202_1)
- Beach, S. R., Schulz, R., Yee, J. L., & Jackson, S. (2000). Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: Longitudinal findings from the Caregiver Health Effects Study. *Psychology and Aging*, 15(2), 259–271. 10.1037/0882-7974.15.2.259
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. (2), 77-101.
- Burns, S. T. (2010). Counseling Adult Clients Experiencing Chronic Pain. *Journal of Counseling and Development*, 88(4), 483- 490.
- Cano, A., & Goubert, L. (2017). What's in a Name? The Case of Emotional Disclosure of Pain-Related Distress. *The journal of pain*, 18(8), 881–888.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.01.008>
- Cano, A., & Williams, A. C. (2010). Social interaction in pain: reinforcing pain behaviors or building intimacy?. *Pain*, 149(1), 9–11. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.10.010>
- Chang, S. O., Oh, Y., Park, E. Y., Kim, G. M., & Kil, S. Y. (2011). Concept analysis of nurses' identification of pain in demented patients in a nursing home: development of a hybrid model. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 12(2), 61–69. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.05.007>
- Clarke, V. & Braun, V. (2014). Thematic analysis. In A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopaedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 6626-6628). Springer.
- Corbett, A., Husebo, B., Malcangio, M., Staniland, A., Cohen-Mansfield, J., Aarsland, D., & Ballard, C. (2012). Assessment and treatment of pain in people with dementia. Nature reviews. *Neurology*, 8(5), 264–274. <https://doi.org/10.1038/nrneuro.2012.53>
- Coutinho, C. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. *Educação Unisinos*, 12 (1), 5-15
- Crofford, L. J. (2015). Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 126, 167–183.
- Dersh, J., Polatin, P. B., & Gatchel, R. J. (2002). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 773-786. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000024232.11538.54>
- Dewar, A. (2006). Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. *The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 24(1), 33–38.

- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientação da direção-geral de saúde*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. DGS. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Doekhie, K. D., Strating, M. M. H., Buljac-Samardzic, M., van de Bovenkamp, H. M., & Paauwe, J. (2018). The different perspectives of patients, informal caregivers and professionals on patient involvement in primary care teams. A qualitative study. *Health Expectations*, *21*(6), 1171–1182. 10.1111/hex.12824
- Edmond, S. N., & Keefe, F. J. (2015). Validating pain communication: current state of the science. *Pain*, *156*(2), 215–219. <https://doi.org/10.1097/01.j.pain.0000460301.18207.c2>
- Farre, A., & Rapley, T. (2017). The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *5*(4), 88. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040088>
- Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research* (4th ed.). Sage Publications Ltd.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Moseby.
- Gagliese, L., & Melzack, R. (1997). Chronic pain in elderly people. *Pain*, *70*(1), 3–14. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(96\)03266-6](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(96)03266-6)
- Gordon, D. B. (1999). Pain management in the elderly. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, *14*(6), 367–372. [https://doi.org/10.1016/s1089-9472\(99\)80098-7](https://doi.org/10.1016/s1089-9472(99)80098-7)
- Goubert, L., Craig, K., Vervoort, T., Morley, S., Sullivan, M., Williams, A., Cano, A & Crombez, G. (2006). Facing others in pain: The effects of empathy. *Pain*. *118*. 285-8. 10.1016/j.pain.2005.10.025.
- Gregory, J. (2015). The complexity of pain assessment in older people. *Nursing older people*. *27*. 16-21. 10.7748/nop.27.8.16.e738
- Hadjistavropoulos, T., Craig, K., Duck, S., Cano, A., Goubert, L., Jackson, P., Mogil, J., Rainville, P., Sullivan, M., Williams, A., Vervoort, T., Fitzgerald, T. (2011). A Biopsychosocial Formulation of Pain Communication. *Psychological bulletin*. *137*. 910-39. 10.1037/a0023876.
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Turk, D. C., Fine, P. G., Dworkin, R. H., Helme, R., Jackson, K., Parmelee, P. A., Rudy, T. E., Lynn Beattie, B., Chibnall, J. T., Craig, K. D., Ferrell, B., Ferrell, B., Fillingim, R. B., Gagliese, L., Gallagher, R., Gibson, S. J., Harrison, E. L., Katz, B., ... Williams, J. (2007). An interdisciplinary expert consensus statement on

- assessment of pain in older persons. *The Clinical journal of pain*, 23(1 Suppl), S1–S43. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31802be869>
- Herr, K. (2011). Pain assessment strategies in older patients. *The journal of pain*, 12 (3 Suppl 1), S3–S13. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.11.01>
- Herr, K. A., & Mobily, P. R. (1991). Complexities of pain assessment in the elderly: Clinical considerations. *Journal of Gerontological Nursing*, 17(4), 12–19. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19910401-04>
- Higgins, I., Madjar, I., & Walton, J. A. (2004). Chronic pain in elderly nursing home residents: the need for nursing leadership. *Journal of nursing management*, 12(3), 167–173. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2003.00437.x>
- International Association for the Study of Pain (IASP) (2022, June 25). *IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979*. IASP. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>
- Kappesser, J. & Williams, A. C. (2002). *Pain and negative emotions in the face: judgements by health care professionals*. *Pain*, 99(1), 197–206. [10.1016/s0304-3959\(02\)00101-x](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(02)00101-x)
- Katsma, D. L. & Souza, C. H. (2000). Elderly pain assessment and pain management knowledge of long-term care nurses. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 1(3), 88–95. <https://doi.org/10.1053/jpmn.2000.9294>
- Kerns, R. D., Sellinger, J., & Goodin, B. R. (2011). Psychological treatment of chronic pain. *Annual review of clinical psychology*, 7, 411–434. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-090310-120430>
- Knopp-Sihota, J. A., Dirk, K. L., & Rachor, G. S. (2019). Factors Associated With Pain Assessment for Nursing Home Residents: A Systematic Review and Meta-Synthesis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(7), 884–892.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.01.156>
- Krahé, C., Springer, A., Weinman, J. A., & Fotopoulou, A. (2013). The social modulation of pain: others as predictive signals of salience - a systematic review. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 386. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00386>
- Kress, H. G., Aldington, D., Alon, E., Coaccioli, S., Collett, B., Coluzzi, F., Huygen, F., Jaksch, W., Kalso, E., Kocot-Kępska, M., Mangas, A. C., Ferri, C. M., Mavrocordatos, P., Morlion, B., Müller-Schwefe, G., Nicolaou, A., Hernández, C. P., & Sichère, P. (2015). A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: change is

- needed. *Current medical research and opinion*, 31(9), 1743–1754.  
<https://doi.org/10.1185/03007995.2015.1072088>
- Lerman, S. F., Rudich, Z., Brill, S., Shalev, H. & Shahar, G. (2015). Longitudinal associations between depression, anxiety, pain, and pain-related disability in chronic pain patients. *Psychosomatic medicine*, 77(3), 333–341.  
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000158>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications, Inc.
- Linton, S. J., McCracken, L. M. & Vlaeyen, J. W. (2008). Reassurance: help or hinder in the treatment of pain. *Pain*, 134(1-2), 5–8. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.10.002>
- Linton, S. (2013). A transdiagnostic approach to pain and emotion. *Journal of Biobehavioral Research*, 18, 82-103. 18. 82-103. [10.1111/jabr.12007](https://doi.org/10.1111/jabr.12007).
- Lukas, A., Niederecker, T., Günther, I., Mayer, B. & Nikolaus, T. (2013). Self- and proxy report for the assessment of pain in patients with and without cognitive impairment: experiences gained in a geriatric hospital. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46(3), 214–221.  
<https://doi.org/10.1007/s00391-013-0475-y>
- McAuliffe, L., Brown, D., & Fetherstonhaugh, D. (2012). Pain and dementia: an overview of the literature. *International journal of older people nursing*, 7(3), 219–226.  
<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00331.x>
- McCracken, L. M. & Vowles, K. E. (2007). Psychological flexibility and traditional pain management strategies in relation to patient functioning with chronic pain: an examination of a revised instrument. *The journal of pain*, 8(9), 700–707.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.04.008>
- Miaskowski, C., Blyth, F., Nicosia, F., Haan, M., Keefe, F., Smith, A., & Ritchie, C. (2019). A Biopsychosocial Model of Chronic Pain for Older Adults. *Pain Medicine*.  
[10.1093/pm/pnz329](https://doi.org/10.1093/pm/pnz329)
- Mills, S. E. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*.  
[10.1016/j.bja.2019.03.023](https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023)
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012). “Portaria 67/2012”. *Diário da República Série I*, 58 (março). 1324-1329.
- Moore, T. & Mckee, K. & McCoughlin, P. (2015). Online focus groups and qualitative research in the social sciences: their merits and limitations in a study of housing and youth. *People, Place and Policy Online*. 9. 17-28. [10.3351/ppp.0009.0001.0002](https://doi.org/10.3351/ppp.0009.0001.0002).

- Nunes, A. M. (2017). Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde. *Revista Kairós: Gerontologia*, 20(4), 49–71. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i4p49-71>
- Oliveira, D., Mendonça, L., Sampaio, R., Dias de Castro-Lopes, J.M., & Ribeiro de Azevedo, L.F. (2019). The Impact of Anxiety and Depression on the Outcomes of Chronic Low Back Pain Multidisciplinary Pain Management—A Multicenter Prospective Cohort Study in Pain Clinics with One-Year Follow-up. *Pain Medicine*, 20, 736–746.
- Ordem dos Psicólogos. (2020). Envelhecimento saudável – Qual o papel do psicólogo?. *Revista Oficial da Ordem dos Psicólogos Portugueses*, 18.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: WHO/NPH/02.8.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020). Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly. *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.
- Patterson, D. R. (2005). Behavioral methods for chronic pain and illness: A reconsideration and appreciation. *Rehabilitation Psychology*, 50(3), 312–315. 10.1037/0090-5550.50.3.312.
- Pringle, J., Mellado, A., Haraldsdottir, E., Kelly, F., & Hockley, J. (2021). Pain assessment and management in care homes: understanding the context through a scoping review. *BMC geriatrics*, 21(1), 431. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02333-4>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Reis, H. T., & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. In S. Duck, D. F. Hay, S. E. Hobfoll, W. Ickes, & B. M. Montgomery (Eds.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (367–389). John Wiley & Sons.
- Reis, H. T., & Franks, P. (1994). The role of intimacy and social support in health outcomes: Two processes or one? *Personal Relationships*, 1(2), 185–197. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1994.tb00061.x>
- Rodriguez, C. S. (2001). Pain measurement in the elderly: a review. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 2(2), 38–46. <https://doi.org/10.1053/jpmn.2001.23746>

- Roy, R., & Thomas, M. (1986). A survey of chronic pain in an elderly population. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 32, 513-516.
- Schofield, P. (2018). The Assessment of Pain in Older People: UK National Guidelines. *Age and Ageing*, 47 (suppl\_1), i1–i22. 10.1093/ageing/afx192
- Semmons, J. (2016). The role of physiotherapy in the management of chronic pain. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 17(9), 445–447.10.1016/j.mpaic.2016.06.006
- Sengstaken, E. A., & King, S. A. (1993). The Problems of Pain and Its Detection among Geriatric Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(5), 541–544. 10.1111/j.1532-5415.1993.tb01892.x
- Sinclair, V. G. & Dowdy, S. W. (2005). Development and validation of the Emotional Intimacy Scale. *Journal of nursing measurement*, 13(3), 193–206.  
<https://doi.org/10.1891/jnum.13.3.193>
- Somes, J., & Donatelli, N. S. (2013). Pain assessment in the cognitively impaired or demented older adult. *Journal of emergency nursing*, 39(2), 164–167.  
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.11.012>
- Sousa, M. (2018). *Programa de Apoio Psicológico no Idoso (PAPI)*. Psicossoma
- Sturgeon, J. A. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 115 - 124.
- Sullivan, M., Adams, H. & Sullivan, M. E. (2004). Communicative dimensions of pain catastrophizing: social cueing effects on pain behaviour and coping. *Pain*, 107(3), 220–226. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.11.003>
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678–690.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.678>
- Umberson, D., & Montez, J. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behaviour*, 51, 54-66
- Weiner, D., Peterson, B., & Keefe, F. (1999). Chronic pain-associated behaviors in the nursing home: resident versus caregiver perceptions. *Pain*, 80(3), 577–588.  
[https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(98\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(98)00249-8)

## Anexos

### A) Consentimento informado

O meu nome é Sílvia Purificação, no âmbito da minha tese de mestrado eu e a minha orientadora Professora Dra. Marta Matos estamos a realizar um estudo que tem por objetivo compreender as experiências de prestação de cuidados a pessoas idosas com dor crónica (dor presente de forma constante ou intermitente por mais do que 3 meses).

Assim, estamos a convidar **Enfermeiros/as/ Fisioterapeutas/ Ajudantes de Ação direta/ Técnicos/as de serviço Social/Psicólogos/as e Diretores/as de ERPI**, para uma conversa em grupo (grupo focal) em formato online (Zoom) com uma duração estimada de **45-60 minutos**.

A sua participação completa será recompensada com um **voucher de 10 euros**.

**É garantida a confidencialidade e anonimato das respostas.** Não existem respostas certas ou erradas, é pedido que falem da vossa experiência de trabalho em contexto ERPI (no presente ou no passado), com pessoas idosas com dor.

Este estudo parte integrante de um projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (CEEC/00392/2017) está a ser levado a cabo por uma equipa de investigação do Centro de Investigação e Intervenção Social do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa, coordenada pela Professora Marta Matos.

Aceitando o convite, pedia que me respondessem a este email indicando: idade; anos na área; anos com população idosa.

Muito obrigada,

A equipa de investigação

Sílvia Purificação, Professora Doutora Marta Matos, Professora Doutora Sónia Bernardes.

### B) Guião da entrevista

1. Apresentação do estudo e objetivos e abertura da discussão

1.1. Em primeiro lugar, agradeço mais uma vez a vossa disponibilidade.

1.2. Este grupo focal de discussão terá a duração máxima de 45 minutos. Será moderado por mim [*indicar o aplicável – primeira autora ou orientadora*] e co-moderado pela [*indicar o aplicável – primeira autora ou orientadora*], que tomará notas que nos

ajudarão na transcrição da nossa discussão. A vossa participação é anónima, os vossos nomes não constarão em nenhum material publicado. As vossas respostas são confidenciais, poderão desistir a qualquer momento e, ao longo da entrevista, se não quiserem responder a alguma das perguntas ou queiram saber a razão pela qual as coloquei, sintam-se à vontade para o fazer. Para poder analisar a informação é essencial que a mesma seja gravada, mas para isso preciso da vossa autorização expressa. Estão de acordo que gravemos a nossa discussão?

Antes de começarmos, há alguma questão que possamos esclarecer?

1.3. É comum encontrarmos nas estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI) residentes/utentes com dores recorrentes e persistentes há mais de 3 meses (dor crónica). Por isso calculo que seja comum prestarem cuidados a pessoas que normalmente têm dor crónica; algumas vezes até podem estar a prestar cuidados ou a interagir com pessoas que estão a sentir dor naquele momento; muitas delas podem ter dificuldades físicas e psicológicas associadas a essas dores.

#### Perguntas

1.1. Gostava que me contassem sobre a vossa experiência pessoal de prestação de cuidados a residentes com dor crónica.

Perguntas de sondagem:

1.2. Há algum exemplo que pudessem partilhar?

1.3. Quando a pessoa está com dor (crónica) e estão a prestar cuidados como é que é para vós?

2.1. Como é que sabem que a pessoa está com dor?

2.2. Costumam avaliar a dor? Se sim/não, porquê, como? Avaliam a dor de que forma?

Perguntas de sondagem:

2.3. Quando as pessoas estão com dor, o que é que fazem?

2.4. Para vocês é diferente se a pessoa demonstra dor de forma mais ou menos verbal?

4.1. Na vossa experiência, o que é que pode ser uma barreira à prestação de cuidados a residentes com dor crónica?

4.2. E o que é que poderá facilitar a prestação desses cuidados?

5. Breve sumário oral  
[Fazer o sumário]

5.1. Acham que o que eu disse resume bem o que estivemos a falar?

6. Questão final

Gostavam de acrescentar alguma coisa ao que foi dito?

**C) Tabela de resultados**

Tema 1: Reconhecimento e avaliação da dor: Estratégias e Facilitadores

1.1. *Por diversos sinais e sintomas notamos que aquela pessoa está com dor. As várias estratégias para identificar e reconhecer que a pessoa está com dor são: triangulação com outros sinais vitais (e.g., febre) [enfermeiros], usar a narrativa/descriptores/referências da pessoa e a forma como a pessoa se movimenta [fisioterapeutas], a face e postura corporal [todos], o gemido, a queixa e o recolher ao toque/mobilização [AAD].*

Reconhecer a presença de dor através da interligação de sinais, sintomas e comportamentos de dor transmitidos e observados no/a residente	
Enfermeiros/as	“São pessoas que estão afásicas, não falam, e nós temos [que] por diversos sinais e sintomas notar que aquela pessoa está com dor (...)” (E2_M_VI33)
	“Por exemplo, posso dar um exemplo, nós temos utentes há 5 anos acamados que nós sabemos que estão com dor. E, provavelmente, aquela pessoa está com dor há 5 anos, pela <i>facie de dor</i> que apresenta. Pronto, [por] vários sinais e sintomas.” (E2_M_VI33)
	“Outras vezes se for uma infeção que esteja a causar a dor, podem ter febre, pode haver múltiplos sinais ou sintomas que nos indiquem a presença de dor.” (E2_M_VI33)
	“Na face, o/a utente que ao ser posicionado tenta agarrar-se a tudo e mais alguma coisa ou se retrai mais. Em vez de colaborar, faz precisamente o contrário. São indícios que nos traduzem alguma dor da parte deles.” (E2_M_HE35)
	“E, por vezes, você passa no quarto desses doentes e tem que ser você a perguntar “olha você tem dor?” (E1_F_TA34)
	“Se o doente conseguir transmitir, para nós, facilita-nos muito o processo de resolução desse problema, porque podemos perguntar.” (E2_M_VI33)
	“Sim, pela expressão facial, pelo olhar, quando estava mais desperta, por algum ruído que ela fizesse, gemido, era mais por aí...” (E1_F_TA34)
Fisioterapeutas	“A forma como a pessoas se mexe, a (...), há bocado tinha dito isso: a face da pessoa, a forma como se mexe, dá-nos boas pistas.” (F2_F_MA32)
	“Sim, basicamente é isso, ou seja, quando se vê a pessoa logo que nos dirigimos a ela, as palavras, as expressões, a forma como descreve, a

	forma como... <i>(pausa)</i> Porque, depois, nós queremos muito saber a interferência das dores no movimento e no dia-a-dia.” (F2_F_AN47)
Ajudantes de Ação Direta	“Ouvir que eles estão muitas vezes a gemer.” (A1_F_MA56)
	“Mas conhece-se. Ou estão mais em baixo, ou pelas caras ou pelo olhar. <i>(respondendo a como é que identifica que o residente tem dor)</i> (A1_F_CR40)
	“Eles pedem ajuda (...) pelo olhar” (A1_F_AN47) <i>(Moderadora)</i>
	“Na expressão vê-se quando eles estão mais calmos, mais serenos, e quando estão em sofrimento, mudam a expressão do olhar, tudo isso...” (A2_F_GL53)
	“Sim, têm um olhar mais em baixo. Mais triste”. (A1_F_CR40)
	“[Olhar] mais triste, profundo, muito profundo, quase que a gente não consegue ver os olhos.” (A1_F_AN47)
	“(…) e demonstram na expressão, que há qualquer coisa que não está... não está bem...” (A2_F_GL53)
“Podem não dizer que doi, mas qualquer sítio que nós tocamos eles recolhem-se (...)” (A2_F_GL53)	
Psicólogos/as	“Pela expressão facial e pela [expressão] corporal. Estava-me aqui a lembrar, da semana passada, uma senhora, pronto, que estava assim meio inclinada e sem falar. Quando a abordei, de facto, ela estava com um desconforto, e com dor. Portanto, às vezes, aqueles que se conseguem automobilizar, quando não estão na postura que nós consideramos que é normal deles, não é!” (MD1_F_DA33)
Diretores/as	“Eu partilho com aquilo que a minha colega (...) a expressão, muitas vezes diz mais do que as palavras, não é! Portanto, basta olhar para a cara de um residente e perceber se a expressão é de dor, de felicidade. Mas conseguimos perceber com o semblante, está mais fechado, está mais carregado, com os olhos mais entristecidos, não é! Portanto, acho que é um bocadinho assim nesta dinâmica, não é!” MD1_F_JO48)
	“E eu estou-me a lembrar de uma senhora, que inclusivamente é seguida na consulta da dor, e tem imensas dores, e toma (...) uma medicação muito forte para as dores, e ela volta e meia quando vai ao meu gabinete, vem-se queixar das dores.” (MD1_F_EL36)
	“Os/as residentes autónomos conseguem verbalizar [que têm dor]. Esses é fácil.” (MD1_F_PA36)
	“Sim, eu também concordo com aquilo que a (...) disse. É mais o semblante, a expressão facial, nota-se quando a pessoa está menos bem, não é!” (MD1_F_EL36)
	“Os que... não (...) sejam autónomos (...) conseguimos ver ou pelo desconforto pela própria postura, não é!” (MD1_F_PA36)
	“Se fizer queixa.” (A2_M_PA33 [E queixam-se?] <i>(Todos os presentes concordam, acenando que sim)</i>

1.2. Conhecer o/a utente e as suas circunstâncias é o mais importante para conhecer a sua dor. Conhecer o/a residente de forma holística traduz-se no estabelecimento de uma relação com o residente, que permite conhecer as suas circunstâncias e expectativas quanto à sua dor, mas também conhecer a forma como se movimenta, como se expressa e como interage com os outros.

Conhecer o/a residente de forma holística	
Enfermeiros/as	<p>“Eu acho que as colegas também concordam que nós também começamos a conhecer nosso/a utente, não é! Começamos a conhecê-lo, mesmo nas expressões faciais, o fazer aquele movimento, nós estamos a perceber, também, não é! Se convivemos com ele diariamente, conseguimos perceber às vezes que aquele toque doi mais.” (E1 F MI32)</p>
	<p>“Sobretudo porque nós em <i>ERPI</i>, pelo menos temos um benefício, nós conhecemos a pessoa ao longo do tempo e sabemos o quadro.” (E1_F_SA26)</p>
	<p>“É necessário muitas vezes, e vamos voltar aqui à parte em que conhecer o/a utente, é o mais importante, para isso, muitas vezes, conhecermos, sabermos que ele por norma não costuma estar assim, e percebermos o que é que se passa, e irmos de encontro, e tentar perceber o que é que se passa, porque é que hoje está menos bem. Se calhar não comeu tão bem, ou por norma fala mais e naquele dia não está a falar tanto...daí que nós entendemos que realmente o utente está com dor.” (E1 F NE32)</p>
	<p>“É claro que também nestes utentes, sendo a dor um fenómeno subjetivo, depois percebemos que efetivamente [existem] as variantes multidimensionais da dor. Sabemos que aquele utente acabou de ter uma visita, está mais alterado, porque está mais ansioso, e tal! Muitas vezes, acaba por despoletar ali alguma sintomatologia de dor.” (E2_F_MA33)</p>
	<p>“Mas como lhe disse, acho que na nossa profissão, somos obrigados a ler bem as pessoas, o fator humano é muito importante. E o melhor que podemos fazer é tentar adaptar a cada caso, tentar ler aquele caso, ver qual é que é a necessidade do/a utente, o que está por trás, qual é que é o <i>background</i> dele, e responder da melhor forma.” (E2 M VI33)</p>
	<p>“Muitas das vezes na interpretação da dor, tentamos perceber, pelo menos na nossa unidade, qual é previamente o contexto social, o contexto em que o/a utente está inserido. Qual é mesmo tópico, o contexto individual e que o trouxe para a unidade, o que é que se passou, o grau de autonomia prévia, quais são as expectativas quanto ao futuro (...). Ao longo desses últimos tempos (...) tenho me apercebido que são grandes fatores que influenciam neste contexto da dor, na perceção do doente com dor.” (E2 M HE35)</p>
	<p>“Acho que neste momento, cada vez mais, estamos a contar com o contexto social da pessoa.” (E2 M HE35)</p>
Fisioterapeutas	<p>“Eu acho que pessoalmente, que a ideia é de que precisamos de algum tempo para entrar no mundo da pessoa. Quando o conseguimos fazer, a nível de tratamento, o tratamento torna-se mais fácil, porque há um elo de confiança. Sobretudo em contexto de <i>ERPI</i>, tem muito a ver com chamadas de atenção, carência afetiva. E depois de entrarmos nesse mundo, vá, conseguimos sempre ter muito mais sucesso, e ser mais específicos, e de ir mais de encontro à raiz da questão.” (F1 M AN35)</p>
	<p>“Às vezes as primeiras sessões é conversar. É conversar, não é bem ir de encontro a um objetivo final físico, é ir com a pessoa, ganhar</p>

	confiança. E às vezes, nestes momentos, até conseguimos fazer alguma coisa sem a pessoa se aperceber.” (F1 F FI31)
Psicólogos/as	“(…) o aspeto da familiaridade com os residentes é muito importante, (….) acho que é mesmo dos mais importantes, conhecer bem as pessoas, e saber com quem é que estamos a falar e interagir, é sempre um passo para identificar melhor as situações.” (MD1 M BE27 porque estamos com eles diariamente, acho que é fácil de identificar [a dor].” (MD1 F DA33)
Diretores/as	“E depois, às vezes, até percebemos o que é o certo, porque sabemos o histórico clínico da pessoa. Ou também uma pessoa que não tem a capacidade, que perdeu, não fala, se tiver mais prostrada, ou se tiver mais apática, também se também se nota, também nos apercebemos que a pessoa não está tão bem.” (MD1 F EL36)

1.3. *As escalas de avaliação são uma bengala muito ligeira que ficam para segundo plano. Utilização e Adaptação das escalas de dor à situação em que o/a residente se encontra.*

Avaliação: utilização e adaptação de escalas de avaliação da dor à situação	
Enfermeiros/as	“(…) o enfermeiro vai adaptando as escalas de acordo com a situação e com os doentes que tem à frente.” (E1 M LE37)
	“E eu muito sinceramente já desisti de registar [usar] as escalas. Por vezes existem essas lacunas, como esse caso das escalas de dor não corresponder àquilo que o doente necessita. A coerência, que não há coerência com o que o doente está a dizer. E por isso, o que eu faço é, eu olho para cada doente e intervenho na situação que eu estou a ver, da minha visão crítica naquele momento, no meu juízo clínico.” (E1 F TA34)
	“Portanto, as escalas de dor [para] avaliar a dor das pessoas que nós já conhecemos ao longo do tempo, dão-nos ali uma ‘bengala’. Mas é uma bengala muito ligeira. E por isso [as escalas] ficam para segundo plano, e o juízo crítico até aquele momento, daquela pessoa, dá uma visão daquela pessoa.” (E1 F SA26)
	“Eu concordo com (...), em termos de escalas, quando se trabalha em <i>ERPI</i> , portanto o conhecimento do doente ao longo do tempo [é o maior determinante], que nós já conseguimos [compreender do residente]. Portanto, o foco não são as escalas. É como o colega estava a dizer: [temos] de adequar a escala a quem nós temos à nossa frente.” (E1 F MI32)
	“Pegando naquilo que os colegas dizem, nós conhecemos o utente para perceber qual é a nossa escala naquele momento. (...) e nós aplicamos a escala de acordo com o que estamos a ver e [de acordo com o] que achamos naquele momento. Também acontece muito isso.” (E1 F NE32)
	“Temos a escala numérica, a escala de faces e a escala visual analógica da dor” (E2 M HE35)
	“Claro que também existem escalas, nomeadamente escala de faces, que permite avaliar a dor nestes utentes [não verbais] que não têm as capacidades preservadas. Mas são escalas adaptativas, não é [adaptam as escalas, não as usam tal como são]! Pronto,

	consegues avaliar por um conjunto de... pela sintomatologia do/a utente, pelos sinais que o/a utente transmite.” (E2 F MA33)
Fisioterapeutas	<p>“Respondendo à questão da avaliação da dor, não somente no meu caso, mas juntamente com outros colegas que estudam dor crónica, nós deixámos de perguntar pela <i>EVA</i> (escala visual analógica). Ou seja, nós não pontuamos a dor, perguntamos de forma mais subjetiva, escala subjetiva, escala de intensidade subjetiva. Portanto, moderada, intensa, etc. E perguntamos os descritores de dor da pessoa. Ou seja, o pedido, as palavras que a pessoa diz no início para descrever a dor dela, e reproduzo e uso isso. A forma como a pessoas se mexe, a colega há bocado tinha dito isso: as faces da pessoa, a forma também com a pessoa se mexe, dá-nos boas pistas. E avaliar, por exemplo, como estavam a dizer há bocado, basta a descrição da pessoa geralmente conseguimos padronizá-la, mais ou menos, ainda que haja sempre um grau de incerteza. Portanto, de acordo de acordo com a descrição da história da dor.” (F2 F MA32)</p> <p>“No dia-a-dia avaliamos de forma simples através de uma escala de <i>Escala Visual Analógica</i>, dependendo do grau de autonomia.” (F1_M_AN35)</p>

1.4. Colaboração inter-disciplinar: recorrer e encaminhar para outros/as profissionais. Há uma “parceria” entre AAD e enfermeiros/as; porque os AAD conseguem detetar que a pessoa está com dor durante a prestação de cuidados e passam a informação.

Recursos inter-disciplinares: recorrer e encaminhar para outros/as profissionais	
Enfermeiros/as	<p>“Quando não há continuidade do cuidado [quando não se conhece o/a utente] (...) o chamar outro colega que tem estado mais com esse doente, é o que faz a diferença, pelo menos para mim.” (E1 F TA34)</p> <p>“Posto isto, é importante ter a colaboração de toda a equipa, quer da parte de enfermagem, quer da parte das Ajudantes. As próprias Ajudantes também estão mais despertas, no sentido de tentarem aperceber-se de alguns sinais que os utentes por vezes manifestem, seja numa mudança de fralda, seja no posicionamento, com cuidado, higiene e conforto. Portanto, nós tentamos sempre que elas intervenham neste sentido de controlo da dor, é muito importante para nós. Se elas (...) em alguma interação com o utente denunciam uma alteração em termos de queixas algicas, elas reportam isso. É importante para nós.” (E2 M HE35)</p>
Fisioterapeutas	<p>“Ou seja, tudo o que não seja para a nossa área, ok! Se há alguma coisa crítica aí avaliamos mais concretamente: “Ok isto não é para nós”. (F2 F MA32)</p> <p>“Felizmente tenho, também ali temos uma equipa grande, e quando eu tenho ali uma dor que se mantém, e que eu estou a ver, às vezes, eu penso mesmo: será que é uma dor não mecânica, uma dor ali do foro psicológico?”. E falo com a psicóloga.” (F2 M HU32)</p>
Ajudantes de Ação Direta	“O que costumamos fazer é dizer para que elas [aos AAD] nos possam alertar.” [coordenadora de equipa da AAD, referindo-se a que os AAD

	têm instruções para reportar à coordenação que o/a utente está com dor para haver intervenção por parte da enfermagem](A1_F_FA52)
	“O que nós costumamos fazer é isso mesmo, é o ver como é que está a pessoa, como está o residente e depois alertamos [reportamos] à coordenadora [das AAD] e depois também aos/as enfermeiros/as.” (A1_F_CR40)
Psicólogos/as	“Se eu verifico que há uma dor física, eu acho que uma das melhores respostas que nós podemos dar, que é um bocadinho aquilo que a (...) estava a dizer, que é o trabalho em equipa. Porque, felizmente, na (...) nós temos muitas áreas de técnicos. Ou seja, temos uma equipa multidisciplinar grande. Ou seja, quando é preciso alguém para reagir a alguma coisa, há os/as enfermeiros/as, ou quando os/as enfermeiros/as precisam de nós, também nós estamos lá. E rapidamente chega a palavra, e cada um sabe mais ou menos aquilo que tem a fazer.” (MD1_M_BE27)
Diretores/as	“Pomo-lo em conforto [ao residente], mas chamamos um enfermeiro e dizemos “está com dor”, para poder fazer o devido encaminhamento.” (MD1_F_JO48)
	“Claro que isto não faz com que depois não se investigue, ou não se passe a outro técnico, enfermagem e médico, para poder avaliar mais profundamente.” (MD1_F_PA36)

#### 1.5. Experiência, intensidade do contacto com os/as residentes e formação.

Como a experiência e a formação permitem ultrapassar as dificuldades na relação com a pessoa	
Enfermeiros/as	“Agora é assim, como os anos... o ditado, não é, “o hábito faz o monge”. E nós lidamos com pessoas 24 horas por dia, e estamos sempre lá... isso dá-nos algum traquejo para conseguir ler e adaptar as nossas ações à necessidade do/a utente.” (E2_M_VI33)
	“(...) eu tenho dado alguma formação às Ajudantes de saúde, portanto nalguns aspetos. Portanto, Ajudantes que algumas têm por exemplo o 4º ano, 9º, nunca fizeram um curso/a profissional. A experiência delas é mais ou menos, mas é o que tenho tentado fazer, para melhorar a formação delas.” (E1_F_MI32)
	“Sem dúvida sim, é o à-vontade.” ( <i>respondendo que a experiência ajuda muito no atendimento, e confirmando que é um facilitador</i> ) (F1_F_SO33)
Fisioterapeutas	“Mas, realmente, já não sinto essa dificuldade, eu acho que a questão da experiência faz-nos ter outra...[segurança] durante a presença com os utentes...ajuda-nos a ultrapassar essas dificuldades.” (F1_F_SO33)
	“Agora também é uma questão da confiança, que nós depois passamos, porque acredito que no início não passamos tanta... (pausa). E depois, com a experiência traz outra coisa.” (F1_F_SO33)

#### Tema 2: Barreiras na avaliação e reconhecimento da DC

## 2.1. Dessensibilização

Apatia, desligamento, dessensibilização à queixa	
Enfermeiros/as	“Ou, às vezes esta indiferença, que não é uma indiferença, que é uma estratégia que se vai arrançando, porque, realmente, lidar com isto todos dias não é fácil.” (E1_M_LE37)
	“Se calhar se a senhora “X” me disser que está com dores, uma pessoa que não se queixa normalmente, e que raramente nos vem pedir auxílio, eu vou valorizar aquele quadro, se calhar, como se fosse um 8 ou um 9.” (E1_F_SA26)
	“É como eu disse, que se calhar no início da nossa carreira ao mínimo grito nós levantamo-nos da cadeira e vamos a correr, e se calhar não aconteceu nada! E com o passar [dos anos] corremos o risco de o utente estar muito apelativo durante um turno, e nós menosprezarmos alguma coisa que realmente é de valorizar.” (E2_M_VI33)
	“O passar dos anos e a experiência vai-nos tornando mais frios, mais calejados. Não quer dizer que a gente fique sem coração. Porque não ficamos, obviamente. Mas acabamos por... um bocadinho, como eu costumo dizer, saber escolher a guerra. Isto é, não nos podemos deixar afetar psicologicamente e emocionalmente por tudo, não é!” (E2_F_PA32)
Fisioterapeutas	“(…) basta às vezes nós termos menos disponibilidade mental, naquele dia, temos mais dificuldade em estabelecer empatia. Ou por exemplo, eu atendo casos com dor, por exemplo, eu tenho uma pessoa que tem até ideação suicida, por exemplo, só para verem a intensidade da dor que a pessoa tem. Se eu tiver uma pessoa com uma dor mais aguda, mais recente, mas a pessoa está a fazer um bicho de 7 cabeças, tenho muita dificuldade em estabelecer empatia com essa pessoa, se eu tenho uma comparação imediatamente próxima, ou seja, isso são barreiras pessoais. Eu acredito que os colegas também sintam isto algumas vezes, aquela coisa do “tá bem”. Mas se eu comparar com outra pessoa, pronto, noto isso.” (F2_F_MA32)
	“Pelo menos numa ERPI, eu acho que não há ninguém que nos chega que não identifique uma dor crónica, não é! Uns mais que outros, uns se calhar mais justificáveis que outros. Mas há sempre queixas de dor, e esta dor é provavelmente crónica pela idade e historial clínico. Portanto, a dor crónica está presente no nosso dia-a-dia.” (F1_F_FI31)

## 2.2. Dor física e dor psicológica, uma é real e outra quem sabe...?

Distinção entre a dor física e a dor psicológica da pessoa, destacando os sinais e sintomas de origem física e/ou biológica	
Enfermeiros/as	“Depois, temos aqueles utentes que têm realmente dor, também por os conhecermos, nós conseguimos perceber que o/a utente tem ali a dor.” (E1_F_NE32)

	<p>“Nas pessoas que normalmente se queixam muito de dor, às vezes como estavam a dizer, começa a ser tão excessivo, e às vezes nós começamos a perceber que a dor, às vezes, é a dor de alma, é qualquer coisa que não está certo. Da minha prática consigo identificar que são as pessoas que menos apoio têm, rede de suporte, ou seja, é muito esta procura pela atenção dos/as profissionais que lhes dá algum alento.” (E1_F_SA26)</p>
	<p>“Há adultos que, pronto, por diversos fatores, psicológicos, podem estar a queixar-se e nem estão em sentir uma dor e há outros que podem estar com dores e não se queixam.” (E2_M_VI33)</p>
	<p>“Nós enfermeiros, como estamos 24 horas por dia com os doentes apercebemos, e com a experiência acabamos também um bocadinho por perceber se aquela dor é mesmo dor, ou se é uma chamada de atenção, e que às vezes acontece muito.” (E2_F_PA32)</p>
	<p>“E a colega de (...). falou dos placebos, que realmente são utilizados, mas nós percebemos perfeitamente às vezes quando é mesmo ou não é dor, e entra um bocadinho as medidas não farmacológicas, que obviamente às vezes 15 minutos de conversa e um miminho acaba por passar a dor... às vezes percebemos que realmente é mesmo dor e atuamos.” (E2_F_PA32)</p>
	<p>“Muitas vezes não é dor, às vezes é o querer falar, o querer companhia, e depois coloca-se a situação de saber diferenciar se é dor, se não é. É uma grande dificuldade.” (E2_F_PA32)</p>
Fisioterapeutas	<p>“Então, nós nesses casos, eu valorizo a dor, mas não podemos focar-nos só [na queixa frequente]. Porque há pessoas que descontrolam, e dizem que têm muita, muita dor, e, efetivamente, não têm.” (F1_F_SO33)</p>
	<p>“(...) E pode dizer que é um 10 de intensidade, mas está a andar.” (F1_F_FI31)</p>
	<p>“Normalmente, não são essas pessoas [os/as residentes com demência] que têm as maiores dores, ou se têm dores, nunca conseguimos perceber ou muito dificilmente conseguimos perceber, se realmente é uma dor ou uma chamada de atenção. Se é do foro musculo – esquelético ou do foro muscular, ou se é uma dor mais somática. E aí sim, torna-se difícil.” (F1_M_AN35)</p>
	<p>“Porque, a gente vê que está tudo bem. Mas ontem veio com uma dor no outro braço, no dia a seguir, “mas dói-me no joelho”, no dia a seguir, “mas dói- a outra perna!”. E a gente vê, quer atenção, quer falar, só dar ali três ou quatro festinhas [e o residente diz]: “Há já está muito melhor, já consigo fazer tudo.” (F2_M_HU32)</p>
	<p>“Às vezes ali não é considerado dor crónica, ok. Mas, é ali às vezes é ali um... se calhar... afeição... se calhar ali se calhar uma psicóloga falaria melhor e me diz que eu falo muitas vezes ali também.” (F2_M_HU32)</p>
	<p>“Primeiro, é perceber o que é que isso está, em termos funcionais, a afetar a pessoa. Tentar perceber o que é que isso vai limitar a pessoa no dia-a-dia. Porque nós, muitas vezes, tomamos as dores das pessoas e nós não podemos fazer isso...” (F2_M_HU32)</p>
	<p>“Às vezes essa comparação é difícil. Eu tinha um [utente tetraplégico] e com as suas limitações. Depois fui ter com um senhor que fazia tudo</p>

	<p>sozinho e tudo mais, mas queixava-se: “ai sinto dificuldade em calçar a meia!”. E nós não podemos pensar [que é mesmo uma dor]... <i>(risos)</i>” (F2_M_HU32)</p> <p>“Perceber até pela expressão, por tudo, que aquela pessoa não tem de todo aquela dor que nos diz que está a ter... “(F2_F_AN47)</p> <p>“Aliás reformulando, pode ter sim, aliás não é pode ter, tem! Mas está a dar uma importância que nós não daríamos à dor dela, percebes? Nós não estaríamos na situação dela, mas ela tem todo o...ela tem. Não negues a dor da pessoa! <i>(sorri)</i> (F2_F_MA32)</p> <p>“Não, mas limita em nada, que não restringe o movimento, que ela fala naturalmente contigo de tudo e mais alguma coisa. Existe lá alguma coisa, existe lá uma dor, para ela considerar...” (F2_F_AN47)</p>
Ajudantes de Ação direta	<p>“Depois, temos outros tipos de dor, temos o caso da D. M. J., que a maior dor dela foi ter perdido a perna. Não poder fazer as coisas dela...que fazia antigamente. Não é a dor física, mas psicológica.” (A2_F_SO32)</p>
Psicólogos/as	<p>“Ou seja, identificar aquilo que está a acontecer: se é de facto uma dor física ou se é uma dor psicológica, ou se é um misto das duas coisas. “(MD1_M_BE27)</p>
Diretores/as	<p>“E quando nós falamos na dor crónica, para mim, é uma dor que mesmo que não seja existente, é latente, e nós temos que valorizar. Portanto, a pessoa pode até não ter a dor física, mas ter a dor psicológica. E isso há que levar e ter em atenção.”; “Portanto, acho que não podemos desvalorizar, mas embora os nossos/as residentes, ou os mais velhos, chamem muitas vezes à atenção, ou queiram carinho, queiram afeto, mas aquela dor, estão a sentir, seja real ou seja imaginária. Portanto, há que valorizar.” “Porque, mesmo que a dor não seja real, que a pessoa não tenha dor, e saiba, que esteja provado que não exista a dor, para ela existe a dor. “(MD1_F_JO48)</p> <p>“Não desvalorizando e ter falado com outros técnicos, aliás às vezes conseguimos logo fazer uma triagem do que é só a chamada de atenção. E de fazer esta... pronto...separação, do que pode ser uma chamada de atenção, ou que é mesmo uma dor que esteja ali.” (MD1_F_PA36)</p>

### 2.3. Falta de verbalização por parte do/a residente e falta de feedback

<p>A falta/dificuldade de verbalização por parte do/a utente impede a avaliação da dor e o feedback sobre as estratégias aplicadas para redução da dor.</p>	
Enfermeiros/as	<p>“Já falámos de uma dor crónica é ainda mais difícil de conseguirmos trabalhar (...) o difícil que é tratar de alguém com dor crónica, que nós sabemos que tem dor crónica e não consegue verbalizar a dor. O que é tão difícil, o que é ainda mais difícil, de alguém que consegue verbalizar que tem dor, ou tem mais dor, ou está melhor, e foi ainda mais difícil. (...) porque é algo que nós estamos a fazer e não conseguimos ter um feedback do outro lado, se está a doer demais, se está a doer de menos, [se] estamos a fazer da melhor maneira, nós</p>

	temos sempre que pensar que estamos a fazer da melhor maneira e que não vamos ter nenhum feedback e isso é muito difícil.” (E1_F_NE32)
	“Agora, quando a pessoa não consegue transmitir [verbalmente a dor], aí torna-se um processo muito mais complexo para conseguir resolver esse mesmo problema.” (...) “E quando se fala de dor, muitas vezes o mais difícil é talvez saber que a pessoa está com dor, porque muitas destas pessoas não têm a capacidade de transmitir que estão a sentir a dor. São pessoas que estão afásicas, não falam ...” (E2_M_VI33)
	“E realmente aquilo que o enfermeiro (...) referiu é muito importante, quando o doente não tem [a] capacidade cognitiva íntegra, e um nível de consciência que lhe permita relatar, descrever, classificar, o fenómeno da dor, para nós, se a dor já em si é um fenómeno subjetivo com todas as capacidades preservadas, quando as capacidades estão efetivamente afetadas, ainda mais subjetiva se torna esta avaliação, não é!”(E2_F_MA33)
	“Acima de tudo aquilo que os colegas disseram, efetivamente existe aqui um desafio por vezes imenso, quando existe dor crónica em utentes que não têm capacidade de comunicação a 100%, ou que têm uma demência instalada.”; “Claro que nos doentes que não conseguem falar, doentes afásicos, é muito pior conseguirmos chegar lá, sem dúvida nenhuma ... “ (E2_M_HE35)
Fisioterapeutas	“Mas, muitas vezes, é difícil perceber isso. Mesmo, porque, muitas vezes temos afasias de expressões, temos geriatria, temos ali problemas, outro tipo de problemas que falham ali, que surgem mais dificuldades na comunicação, ou pessoas que não falam, pessoas que ouvem muito mal, também acontece, em geriatria. E [surdez] gravíssima, que nós temos que estar quase com um microfone ao lado delas a falar, e que às vezes fica ali difícil a comunicação, e às vezes não é eles não quererem contar, é mesmo [não conseguirem]” (F2_M_HU32)
Diretores/as	“Quando não conseguem verbalizar, e só vimos na expressão, para mim é mais difícil. Nas pessoas que não verbalizam é mais difícil nós percebermos o quanto é, ou a dimensão da dor.” (MD1_F_JO48)

#### 2.4. Crenças e atitudes dos/as residentes

Não querer sobrecarregar o/a profissional, estoicismo e repressão da expressão de emoções negativas	
Enfermeiros/as	“Muitos deles conhecem-nos a nós, para além de nós os conhecermos a eles, ... e a maior parte deles tentam não nos sobrecarregar...e isso também acontece por aí...na minha experiência...” (E1_F_SI30)
	“Não... só acrescentando aquela parte aqui em relação àquela parte que disse de quando o doente tem dor e não pede, eu noto muito é o silêncio. São aquelas pessoas que cognitivamente estão muito bem, têm uma estrutura familiar boa, mas elas não querem dar trabalho, nem à família nem a nós. Porque elas devem compreender mesmo tudo o que está a volta delas, e para não chatear, que elas pensam assim, ficam em silêncio. E, por vezes, você passa no quarto desses

	doentes e tem que ser você a perguntar “olha você tem dor?”. E aí ela “Ai, sim, eu aguento”. Já várias vezes ouvi essa expressão. “(E1 F TA34)
Psicólogos/as	“Às vezes, ouvimos os residentes dizerem “pois, não me posso queixar, parece que estou sempre a queixar!”. Mas há aqui também uma reflexão interior, que a pessoa faz.” (MD1 F DA33)

## 2.5. Questões e pressões organizacionais

Fatores de nível organizacional que afetam o desempenho/a profissional e que constituem barreiras ao reconhecimento e avaliação da DC	
Enfermeiros/as	(...) o nosso turno é corrido, andamos sempre a correr de um lado para o outro, não temos tempo sequer para sentar à beira do doente.“; “Muitas vezes não temos tempo para que, de alguma forma, e não farmacologicamente falando, se a gente conseguisse atuar de volta do doente, perceber o doente, conversar com o doente.“; “(...) como é que eu hei de explicar isto de uma forma simpática... nós temos hoje em dia de volta daquilo que são os processos burocráticos, os códigos obrigam-nos a estar de volta do computador, a preencher escalas e mais escalas, e os colegas sabem do que falo. E muitas das vezes deixámos de poder estar de volta do doente. Porque, às vezes, não importa o que fazemos, importa o que escrevemos, e, claro, [isso] tira-nos algum tempo de perceção, e não só... e de companhia ao doente.“ (E1 M LE37)
	“Obviamente que todos nós sabemos que os nossos rácios não são perfeitos, e que às vezes gostaríamos de estar a falar de meia hora, uma hora, uma hora e tal, e infelizmente não conseguimos.” (E2_F_PA32)
	“(...) como sabem, é difícil, por causa dos rácios, por causa da falta de recursos.” (E1_F_TA34)
	“Eu estou a fazer uma tarde, como enfermeiro, eu sozinho, com 24 doentes, o tempo que eu posso despende pelo/a utente, seja para avaliar a dor, ou outra coisa qualquer, acaba por ser muito reduzido.” (E2_M_VI33)
	“(...) nem todos os doentes que têm dor crónica são referenciados para a consulta de dor (...) porque a nível farmacológico, nem sempre os locais onde nós estamos têm pessoas formadas na área da dor crónica (...)” (E1_F_TA34)
	“A barreira maior que eu tenho, pelo menos da minha experiência atual, é eu ser a única enfermeira numa ERPI. É um peso muito grande, é uma burocracia enorme.” (E1_F_MI32)
	“Às vezes acaba por haver uma incongruência na administração de fármacos por parte da equipa, porque uns acham que é dor contínua, outros acham que é só dor à mobilização. E depois ficamos a pensar: “Então, mas eu acho que é uma dor contínua”, “- Ai não, eu acho que não é.”. E isto é comum, é o nosso o nosso dia-a-dia, e às vezes, se calhar, enquanto equipa, não conseguimos chegar mais ao doente.

	<p>Porque um diz X outro diz Y, e eu tenho a plena noção disso.” (E2_F_PA32)</p>
Fisioterapeutas	<p>“Mesmo que só estejamos 20 minutos lá está [com a pessoa] temos que criar relação, temos de pedir isto e aquilo. E tenho pessoas que me esperam o dia inteiro, porque vão fazer a fisioterapia. Por pouco tempo que nós conseguimos, porque nós temos os <i>timings</i> um bocadinho presos, como em todo o lado, há pessoas que esperam por nós (...)” (F1_F_SO33)</p> <p>“E pouco tempo sobra para fazer registos. E, às vezes, é o problema do costume, as coisas vão ficando, vai ficando, temos sempre o horário cheio, não diretamente na fisioterapia, mas com todo o envolvente e com a gestão do lar.” (F1_M_AN35)</p> <p>“É nós acabamos por ir buscar uma pessoa que era um minuto e é 10 minutos. Porque, um quer ir à casa de banho e, portanto, tenho que ir, ao piso de cima, levar alguém que quer ir à casa de banho. Porque, a outra quer um mantinha e não há mantinhas ali à mão, tenho que ir buscar uma mantinha a um sítio qualquer. Uma que está na cadeira e quer ir para o cadeirão, portanto...” (F1_F_FI31)</p>
Ajudantes de Ação direta	<p>“Sim, às vezes as pessoas precisam de mais tempo, tem que ser mais devagar...há esses problemas. E, então, elas têm que gerir bem o tempo e leva mais tempo.” (A1_F_FA52)</p> <p>“Seria preciso mais pessoal [para nos ajudar a fazer o nosso trabalho melhor]. (risos de todos)” (A2_F_GL53)</p> <p>“Olha eu já nem digo isso. Eu só digo mais é antes de falarem verem primeiro as coisas. Mas não é um dia, ou uma hora. É verem todos os dias as coisas, como é que passa. Para poderem ver, e saberem que é preciso mais pessoal, para verem isso tudo...” (A2_F_SO32)</p>